

Soigner... Le premier art de la vie

Marie-Françoise Collière



2^e édition

 MASSON



Soigner...
Le premier art
de la vie

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

Du même auteur

PROMOUVOIR LA VIE. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, par M.-F. COLLIÈRE, InterEditions/Masson, 1996, 392 pages.

Chez Masson

LES INFIRMIÈRES : IDENTITÉ, SPÉCIFICITÉ ET SOINS INFIRMIERS. Le bilan d'un siècle, par R. MAGNON, 2001, 208 pages.

LA QUALITÉ DU SOIN INFIRMIER. Penser et agir dans une perspective soignante, par W. HESBEEN, 1998, 208 pages.

LA SANTÉ À TRAVERS LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES. Approche linguistique et sociologique, par A. d'HOUTAUD, 1999, 144 pages.

LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS. De l'analyse du Burn out aux réponses, par P. CANOÛI, A. MAURANGES, A. FLORENTIN, 1998, 224 pages.

L'INFIRMIER(E) ET LES SOINS PALLIATIFS. «Prendre soin» : éthique et pratique, par le collègue en soins infirmiers SFAP, *Collection Savoir et pratique infirmière*, 1999, 256 pages.

Chez Masson/InterEditions

PRENDRE SOIN À L'HÔPITAL. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, par W. HESBEEN, 1997, 208 pages.

POUR UNE MORT PLUS HUMAINE, par M. ABIVEN, 1999, 2^e édition, 240 pages.

Chez InterEditions

DE LA ROBE DE BURE À LA TUNIQUE PANTALON. Étude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière, par P. LHEZ, 1995, 188 pages.

LA NATURE DES SOINS INFIRMIERS, par V. HENDERSON, présentation de M.-F. COLLIÈRE. 1994, 240 pages.

TRADITIONS ET SOINS D'AUJOURD'HUI. ANTHROPOLOGIE DU CORPS ET PROFESSIONS DE SANTÉ, par F. LOUX, 1990, 2^e édition, 312 pages.

Soigner... Le premier art de la vie

Marie-Françoise Collière

2^e édition

 **MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Illustration de couverture :

Médailon d'une coupe, par le peintre de Brygos (vers 490-480 avant J.-C.), montrant un homme qui vomit : une façon de libérer le corps d'un excès d'humeurs. Martin von Wagner Museum, université de Würzburg. *DR*.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illégale et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© InterEditions, Paris, 1996, Masson, Paris, 2001

ISBN : 2-294-00555-4

MASSON S.A. - 120, bd Saint-Germain, 75280 Paris Cedex 06

*Tu ne comprends pas que l'unique bien c'est la vie,
le plus petit instant de vie est plus fort
que la mort, et la vie. La mort n'est
que la permission d'autres vies,
pour que tout soit sans cesse renouvelé ;
afin qu'aucune forme de vie ne détienne
cela plus de temps qu'il ne lui en faut
pour se dire.*

*Je ne veux t'enseigner d'autre sagesse
que la vie.*

*Que ta vision soit à chaque instant nouvelle.
Le sage est celui qui s'étonne de tout.*

André Gide

*Ce qui fait peur dans la vie
C'est précisément la vie.*

Anne Walter

*L'empirisme est la prise de conscience
de l'esprit de sa propre maturité.
C'est la capacité de percevoir des signes,
de comprendre leur organisation,
d'en tirer des savoirs.*

*L'origine de nos idées, ce sont les sensations.
Mais on ne commence à comprendre
que lorsqu'on peut dégager des éléments
et saisir des liens entre eux.*

*Il faut partir des choses que l'on a sous les yeux,
mais il ne faut pas s'y arrêter ;
il faut en tirer une compréhension,
des connaissances.
C'est le travail sur les choses elles-mêmes
qui alimente l'esprit.*

*Ce qui permet de penser
c'est l'utilisation des signes
qui permettent de composer, de recomposer ;
c'est à partir de là
que l'esprit fixe des connaissances
et qu'on peut aller vers l'abstrait.*

Condorcet
Philosophe des Lumières

Prélude

Prendre soin de la vie... Tel est ce tout premier art, véritable création qui, de l'enfantement à la mort, participe au mystère de la vie qui se cherche, de la vie qui éclôt, de la vie qui lutte, de la vie qui s'estompe, de la vie qui resurgit, de la vie qui sombre... Vie de la mère qui met au monde, du nouveau-né qui s'affirme, de l'enfant qui s'est heurté, de l'accidenté qui refait ses premiers pas, du malade qui souffre, du drogué qui plonge dans le délire, de la personne âgée qui se demande où elle est...

Soigner... cet art qui précède tous les autres, sans lequel il ne saurait être possible d'exister, est à la source de toutes les connaissances et la matrice de toutes les cultures. Pourtant inséré dans la texture de la vie quotidienne, cet art demeure encore si méconnu que la variété de ses effets reste insoupçonnée.

Comment parler des soins ? Plus difficile encore, comment écrire sur les soins ? Alors que demeurera toujours cette distance immense entre la résonance et le raisonnement qu'ils suscitent.

Comment aborder ce qui se tisse à la croisée des situations de soins dans leur infinie diversité, dans leur mouvance et leurs fluctuations, à la merci de l'intensité du moment ou de l'usure du temps ? Les mots sont devenus si éculés, si perclus, si frileux, si rigides, si conformes, si soucieux d'uniformisation qu'ils en perdent leurs couleurs, leurs nuances, les variations de leur percussion, tandis que s'amenuise l'expression des représentations qui sous-tendent les motivations comme les façons d'agir et de réagir, tant du côté des personnes soignées que de celles qui soignent.

Comment exprimer les soins ? ... Ces soins qui, dès l'aube de l'humanité naissante, bien antérieurement à toute maladie, sont mêlés à l'expression même de la vie avec laquelle ils s'enchevêtrent. Comment en communiquer à nouveau la signification plénière ? Comment en permettre la représentation à ceux et celles qui pensent se grandir en s'en distançant et ne découvrent ou ne redécouvrent leur absolue nécessité qu'à l'occasion de situations tragiques survenues lors d'une maladie ou d'un accident ?

C'est à la poésie, à la chanson, à la musique, à ce qui nous permet de percevoir encore les vibrations de la vie qui se cherche, de la vie en émoi, qu'il faudrait continuer à avoir recours pour évoquer ce que représentent les soins insérés dans leur halo d'émerveillement, de joie, de souffrance, de solitude, de douleurs, d'écrasement, de silence, de révolte, de satisfaction,

de dégoût, d'élans d'amour comme de désespoir, de renoncements comme de désirs retrouvés...

*Le geste*¹ et *la parole* demeurent le moteur des soins, c'est-à-dire de ce qui mobilise la vie et lui vaut de s'affirmer. Le geste qui découvre, qui impulse, qui perçoit le rythme, qui apaise, qui met en mouvement... et la parole qui appelle à EXISTER.

« *Je sais qu'on ne commence pas à écrire quand on n'a rien de plus à dire que ça. Mais pourtant j'ai écrit (...)* »² sur « ça »... les soins... tout en mesurant la difficulté d'avoir tenté de transcrire quelques aspects qui les fondent alors qu'ils demeurent d'abord et avant tout une pratique inspirée des plus anciennes sagesse de la vie. Comment révéler :

— ces soins dont nul ne saurait se passer, auxquels nous avons constamment recours sans même en avoir conscience : *se soigner* fait partie de nos obligations journalières. Gestes simples et banaux, se mêlant à nos activités les plus courantes comme les plus exceptionnelles, auxquels on ne prête guère attention lorsqu'on « va bien », pourtant lourdement investis de résonance affective et symbolique...

— ces soins qui veillent sur la mère qui enfante, qui accueillent la vie du nouveau-né, qui restaurent les forces de ceux qui cherchent à dépasser la maladie, qui accompagnent ceux qui se rendent à leur dernier voyage...

— ces soins qui, dans tous les milieux, dans toutes les cultures ont été au départ de toutes les formes d'organisation sociale afin de maintenir et d'assurer la continuité de la vie de tout groupe, sous toutes les latitudes, quels que soient les climats et les ressources de l'environnement ;

— ces soins qui se situent au carrefour de ce qui fait vivre... ce qui permet de vivre, et de ce qui fait obstacle à la vie... de ce qui l'entrave et la menace : à la charnière de la vie et de la mort, affermissant l'une, faisant reculer l'autre, cheminant avec l'une jusqu'à s'éteindre avec l'autre...

— ces soins qui, de la naissance à la mort, scandent le parcours de toute vie : *être soigné... se soigner... soigner* se chevauchent et s'entremêlent. Ces soins qui se transmettent des mères aux enfants, des adultes aux personnes âgées, créant depuis la nuit des temps des réseaux d'entraide et de solidarité autour des grands passages de la vie...

— ces soins qui, à partir d'observations persévérantes et minutieuses, ont instauré des « façons de faire », « des façons de voir », « des façons de dire »³ qui sont à l'origine des coutumes les plus variées... dont certaines se sont ritualisées pour éloigner la peur, exorciser l'angoisse, déjouer ce qui pouvait être maléfique, conjurer ce qui laissait augurer de la mort...

— ces soins qui, dans toutes les sociétés, ont été à l'origine de tout ce que les hommes et les femmes ont appris des manifestations de la vie et de la mort, découvrant peu à peu leur antagonisme comme leur intrication ainsi que l'étendue de leur immense complexité. Ces soins dont ils apprirent à dégager des savoirs à la fois imprégnés de leur représentation du monde et chargés de symboles générateurs de croyances et de valeurs...

— ces soins transmis par un langage imagé, émaillé de dictons, de comptines, de berceuses, de sagesses, de proverbes, de signatures⁴, que des siècles de tradition orale ont charriés jusqu'à nous en dépit de la lente érosion de leurs pratiques et de leurs savoirs sous la pression de la dominance d'idéologies prônant le « *mépris du monde* » (c'est-à-dire de la vie), magnifiant le salut de l'âme, tenant la souffrance pour salvatrice et introduisant le rationalisme scientifique à l'exclusion de toute autre façon d'aborder la grande énigme de ce qui favorise l'éclosion de la vie, la met sur orbite, la propulse, la déploie au sein d'une configuration bioculturelle, la restaure quand bien même elle est menacée par la mort, ou lui permet d'achever son destin.

Comment rendre compte aujourd'hui de tous ces soins vitaux qui, bien avant d'être l'apanage d'un métier, et encore moins d'une profession (c'est-à-dire d'être attribués à ceux qui professent⁵), ont été durant des millénaires ce bien, cet art, ce patrimoine de savoirs, sans doute le mieux partagé des êtres humains, qui demande impérieusement aujourd'hui de le rester afin de ne pas encourir de risques graves, voire dramatiques, pour le devenir des espèces vivantes, dont *a fortiori* des humains ?

Comment saisir la distance qui s'est instaurée entre celles et ceux qui ont forgé ces pratiques⁶, en détiennent les usages, en maîtrisent les effets, en ont dégagé les connaissances, et ceux — prêtres et médecins — qui les ont consignées par l'écriture tout en s'en distançant et en affirmant la supériorité de ce qu'ils enseignent grâce à ces écrits devenus leurs, faisant d'eux des gens doctes, des gens savants par le livre ?

Comment comprendre le lent processus de déculturation qui, depuis Platon, s'est imposé par le courant judéo-chrétien à la société occidentale en proscrivant « *le monde matériel* », celui qui est perçu par les sens : « *le monde sensible* », pour faire place au « *monde des formes idéales* », au « *monde des idées* » ? « *Notre corps est notre tombeau* » proclame Platon dans *Gorgias*, aussi faut-il renoncer au corps, s'éloigner de « *sa corruption naturelle* » afin d'être « *libre et pur de la folie du corps* »⁷ et se garder de ses souillures ?

Si le corps est le « *tombeau ou la prison de l'âme* », tout ce qui veille à prendre soin du corps devient suspect, ou vil. Vils également sont celles et ceux qui s'occupent de prodiguer des soins au corps, surtout s'il est perçu comme dissocié de l'esprit, si le substratum de l'esprit est relégué comme une imposture à la pureté de l'âme, si le corps n'est plus considéré comme le temple de l'esprit, s'il y a rupture entre le corps et l'esprit qui détiendrait à lui seul le privilège de générer la pensée.

Éloigner les soins de la bassesse du corps

Ainsi, enfermé dans un dualisme hermétique, ce qui est de l'ordre du corps sera tenu pour suspect, relèvera du domaine de l'impur, de la flétrissure, de l'avilissement, de la corruption pour devenir apparenté à la fornication, au péché, aux œuvres de Satan. Comment échapper à cette menace de souillure, à cette sanie du corps, à ce corps cupide et abjecte, dont seule la mort peut nous délivrer, demeurera la préoccupation dominante de ceux qui, s'élevant au-dessus du monde, en ont refaçonné des représentations régénératrices, en ont remodelé des conceptions salvatrices pour échapper au maléfice de ce corps avilissant.

Prêtres et clercs, philosophes, anachorètes du désert, gnostiques, théologiens et juges des tribunaux de l'Inquisition n'auront de cesse de nier, maudire, condamner, renier ce corps infâme. Dans leur sillage, les médecins, imprégnés de théories savantes, se distançant de la clinique⁸, veilleront à endiguer, assouvir, redresser les instincts et les pulsions de ce corps chargé de turpitude, à faire taire ses émotions, ses sensations et ses sentiments, tout en continuant à redouter ce corps intrigant et à chercher à lui extorquer ses secrets en soulevant le voile de ses mécanismes, parvenant avec l'aide des biologistes à explorer son microcosme jusqu'à franchir le seuil de son génome — patrimoine de la vie en puissance dans ce qu'elle a de plus sacré.

Les détenteurs d'une telle conception n'ont pu qu'inciter à se soustraire des vicissitudes du corps : bannir les occupations qui lui consacrent du temps, le soulagent et le réconfortent (comme les bains) ; se méfier de celles et ceux qui doivent assurer pour les autres des soins vitaux, que ce soit auprès de nourrissons (les nourrices, les gardes en couches) ou auprès de malades et de vieillards (les domestiques, les gardes-malades) ; et par-dessus tout tenir pour suspectes celles qui détiennent de tout temps les savoirs et les secrets des femmes allant de la conception à l'enfantement (matrones et accoucheuses). Force a donc été d'exercer un contrôle sur toutes celles et tous ceux qui s'approchent du corps, celles et ceux qui

pourvoient les soins de la naissance à la mort. Surveillance et condamnations de l'Église, mise en tutelle et contrôle des médecins s'y emploieront durant plusieurs siècles, pendant que dans les institutions de bienfaisance « les soins » se centreront sur le salut de l'âme, reléguant aux plus démunis, à ces servants et servantes qui constitueront « le personnel subalterne », « le personnel inférieur », « le personnel secondaire des hôpitaux »⁹, ce qui ne peut être évité des scories du corps. Mais peut-on encore parler de soins quand on n'est affecté qu'à des tâches obscures et honteuses, dépouillées de leur caractère sacré par rapport à ce qui donne sens à la vie, déconnectées du patrimoine de savoirs issu des soins vitaux ?

Cette hantise du corps ravale les soins coutumiers et habituels, indispensables à la vie, à quelque chose d'impur au point qu'ils deviendront associés à la pollution et à la saleté¹⁰, mais aussi à quelque chose de bestial donc de dégradant. Par là même, celles et ceux qui assistent les personnes dont le corps est emporté par la dérive de la maladie ou du vieillissement seront assimilés à leur dégradation, à ce qu'on n'ose regarder, à ce qu'on rejette ou que l'on désire ignorer, ce qui leur vaut déconsidération et mépris. Par ailleurs, en raison de ce qui a été évoqué, toutes les traditions issues des pratiques populaires vont connaître un lent processus d'érosion qui s'accélérera avec l'exode rural, l'urbanisation et les métamorphoses socio-économiques survenues au cours du XIX^e siècle. De plus, sauf exception, parce que les connaissances empiriques¹¹, issues des pratiques du corps, n'ont pu être directement transcrites dans des écrits qui soient leurs par celles et ceux qui en détenaient le savoir, le fossé existant entre « les gens instruits » et ceux de tradition orale constamment perçus comme ignorants ou comme détenant des savoirs dangereux et maléfiques ne va pas cesser de se creuser.

Une formation policée pour des soins médicalisés

C'est par la malédiction et la professionnalisation conférée par l'instruction qu'on s'efforcera d'élever les soins (ou ce qui restera dénommé comme tel) au-dessus de la bassesse du corps en les imprégnant de l'idéologie transmise par la morale et la pédagogie, en les soumettant à la rationalité scientifique dans ce qu'elle a de plus réductrice pour les débarrasser d'un empirisme frappé de forclusion, et en adoptant une technicité répondant aux exigences du corps-machine, tandis que sera proposé à celles et ceux qui régissent l'organisation des services de monter en grade dans la hiérarchie institutionnelle.

En dépit du premier écrit relatif à *Soigner, ce que c'est et ce que ce n'est pas* de Florence Nightingale¹², qui atteste encore en ce milieu du XIX^e siècle que « *ce sont les mêmes lois de **santé** ou de **soins** qui sont valables pour les bien-portants comme pour les malades* », et qui affirme que « *les soins et la médecine ne doivent jamais être mêlés. Ils se nuisent* »¹³, la formation professionnelle ne sera pas centrée sur les soins, malgré ce qu'on a pu en laisser supposer. En effet, ce n'est là ni la préoccupation de la haute bourgeoisie qui a besoin d'un personnel formé comme elle l'entend pour gérer ses œuvres et éduquer le peuple ; ni celle des administrateurs des hôpitaux-hospices qui désirent avoir des surveillantes-intendantes qui gèrent l'organisation des services et voient à leur bonne marche médicale et administrative ; ni celle des médecins qui, après la mise en tutelle des sages-femmes, seront soucieux d'endiguer les gardes-malades dont ils craignent la concurrence, et qui, à l'hôpital, souhaitent avoir un personnel formé à le servir ou auquel ils puissent déléguer d'abord les menues tâches accessoires de la médecine puis des actes médicaux dont ils vont au fur et à mesure se désister en fonction de leur expertise technologique. De fait, ce qui pendant longtemps n'est d'ailleurs pas désigné comme « soins », mais « *gestes techniques* » ou « *actes techniques* » ou « *actes médicaux infirmiers (AMI)* », relevant du rôle technique accompagné du rôle moral, est une exécution et une surveillance de traitements auxquelles s'ajoutera une préparation d'examens en vue de l'établissement du diagnostic médical. Ce qui sera dénommé « *tâches d'hygiène* », « *soins de nursing* » est idéologisé dans la formation et, *a contrario*, soumis à tous les arbitraires (les meilleurs comme les pires) dans la réalité des services car considérés comme « allant de soi », « relevant de la conscience professionnelle », « secondaires », « accessoires » ou « sans intérêt » en comparaison avec les « *actes techniques* ». Parce que restées très longtemps désintégréées d'une vision d'ensemble (c'est encore souvent le cas), ces tâches seront regardées comme ingrates. Ayant perdu leur finalité de ressourcement, de reconstitution des forces vives, on les a supposées ne pas nécessiter de connaissances autres que l'aspect technique — ce qui est tout à fait erroné et gravement préjudiciable. Et... non des moindres difficultés à leur rencontre, elles amènent à être en contact direct avec l'intimité du corps, ce qui demeure profondément affecté de tous les stigmates du passé : le corps restant tabou, équivoque, vulgaire, puisqu'il est dissocié du tout de l'être vivant comme être sentant, ressentant, affectif, pensant, par et avec son corps.

Avec des variantes, en fonction des lieux, des périodes, des personnes influentes, d'événements socio-politiques, sauf exception, la formation sera davantage un dressage moral et technique préparant des jeunes filles

sans expérience de la vie (ou devant la taire) à devenir *auxiliaires médicales*¹⁴ plutôt qu'une initiation à interroger la diversité des manifestations et des expressions de la vie et de la mort lors de leur affrontement, de leur rencontre, à certains moments cruciaux que sont la naissance, la survenue de telle ou telle maladie, de tel ou tel accident, afin d'en saisir ce qu'on peut en comprendre à la croisée des dimensions biologiques et culturelles, pour en découvrir le sens, c'est-à-dire discerner les *significations* dont elles sont porteuses¹⁵ pour dégager l'*orientation* de l'action soignante.

Apprendre à devenir L'INFIRMIÈRE, à être burinée en INFIRMIÈRE au point de devoir fusionner avec les soins et de leur être identifiée (ce qui par là ne permettait aucunement de discerner leur nature) est tout à fait différent de *découvrir ce que représente soigner*, de se rendre compte comment soigner se situe au carrefour de ce qui fait vivre et ce qui fait mourir, de ce qui stimule les forces et le désir de vivre et ce qui les entrave. Florence Nightingale elle-même s'y est laissé éconduire. « *What a nurse is to be* », aimait-elle à répéter à la fin de sa vie. Ce qui sera désigné comme « rôle de l'infirmière » (à l'encontre de sa fonction), c'est-à-dire ce qui modèlera son comportement-soin au point de l'assimiler aux dits « soins », sera soumis à un ensemble de directives indiquant les règles du rôle tant vis-à-vis de la conduite à tenir que du geste technique à opérer. Quant aux principes qui guident le geste technique, ils seront directement inspirés de la méthode dite « *scientifique* », c'est-à-dire d'un raisonnement procédant d'une logique rationnelle irréductible et particulièrement réductionniste, empruntée au positivisme du XIX^e siècle, logique qui convient tout à fait pour aborder le corps-machine soumis à exploration, investigation et traitements.

Tentatives pour recouvrer les fondements des soins

Comment retrouver les soins vitaux, ces soins qui restaurent les forces et le désir de vivre ? En dépit de l'envahissement de la technicité, beaucoup d'infirmières poussées par leur intuition, leur « bon sens », leur désir de soulager, leur passion, leur consternation, aidées de leur capacité d'observer et de leur expérience d'adulte, s'y sont essayées mais sans que cela soit reconnu et souvent même à leur rencontre ; aussi n'ont-elles pu affermir durablement ce qu'elles ont tenté. En effet, non seulement cela demande une utilisation de connaissances exclues du champ de ce qui est déterminé comme « efficace » et « acceptable », mais encore faut-il pouvoir en montrer les effets et pour cela faire appel à d'autres logiques de raisonnement que celle exclusivement reconnue. Mais, davantage encore,

cela dérange et par là requiert d’**oser** braver l’ordre établi : cet ordre directement inspiré de l’idéologie dominante quant à la conception de la vie et de la mort et la façon de les aborder, qui ignore le vécu du corps en le dissociant de ses affects et de son esprit pensant, cet ordre qui oriente le développement et l’utilisation des technologies, qui détermine le rôle à jouer et la place à tenir dans la hiérarchie des fonctions, et de là situe la préséance dans la suprématie de la pensée. Car à partir de la bassesse du corps s’établit toute une hiérarchie de ceux qui font et de ceux qui pensent, de ceux qui s’attribuent le pouvoir de la pensée jusqu’à son niveau le plus élevé. Toute la vindicte sociale est d’accéder à un échelon supérieur dans cette hiérarchie de la pensée au sein des institutions tout en s’assurant qu’il y ait toujours des personnes au niveau le plus bas, car on ne saurait se passer de ce qu’elles apportent d’irremplaçable sans pour autant donner valeur à ce qu’elles font. Cela se passe dans tous les champs d’activité, mais le champ des soins est particulièrement « privilégié » à ce sujet.

Cependant, la conception des soins telle qu’elle était devenue au cours du XIX^e siècle, ce mélange de morale, de tâches d’hygiène et de tâches requises par les médecins, a été remise en cause à différentes reprises, lors de moments cruciaux. C’est le cas des guerres, lorsque la carence de soins démultiplie les risques de mortalité, comme à Scutari (1854). De même, lors de circonstances dévastatrices ou de graves crises socio-économiques, force est de retrouver la valeur des choses apparemment les plus banales et les plus courantes qui sont le plus indispensables à la vie, la maintiennent, la recréent, mobilisant les sentiments, restaurant l’entraide et la solidarité.

Au lendemain de ces temps de crises se sont exprimées des interrogations nouvelles et des aspirations à retrouver ce qui fonde les soins, ce qui pourrait mieux en rendre compte. Ces interrogations ont commencé à s’écrire et à servir de *suggestions* («*hints* », le mot de Florence Nightingale), puis d’«*éléments* » indicateurs (*elements of nursing*) permettant de mieux saisir en quoi consiste les soins. Nombreuses, après Florence Nightingale, furent les tentatives pour essayer d’en clarifier le contenu et d’en poser les fondements. C’était là s’affronter à une grande complexité dont on ne mesurait pas la portée, car on était très loin de considérer l’importance des sciences humaines, particulièrement de l’anthropologie, de l’histoire et de la sociologie, pour retrouver les racines de ces fondements. Par contre, les ébauches de clarification des éléments constitutifs des soins ont été libellées dans des manuels rédigés à la manière de ceux des médecins, et enseignées à l’aide d’une pédagogie très directive. Ainsi, si au sein de la profession infirmière

la conception des soins cherchait à trouver son identité sous la double influence d'une pédagogie didactique et de l'organisation scientifique du travail, elle continuait d'assimiler les traitements aux soins et de demeurer étrangère à ce qui tisse la vie quotidienne, aux habitudes de vie, aux croyances, à « *ces choses de la vie* » dont l'anthropologue Esther Lucile Brown rappela au lendemain de la deuxième guerre mondiale qu'elles étaient d'absolue nécessité et constituaient la texture des soins¹⁶.

En cette seconde moitié du ^{xx}e siècle, quelques infirmières, se distançant de la pédagogie et interrogeant directement les situations de soins, dégagèrent certaines constatations de grande importance, comme le firent par exemple Faye Abdellah, Irene Beland, Virginia Henderson, Nancy Roper, Dorothy Orem... dans les pays anglo-saxons. D'autres le firent également dans différents pays. Leurs observations frayaient des pistes pour interroger la complexité des soins en s'appuyant sur des repères. Pour la plupart de celles qui les mirent en évidence, les constatations qu'elles avaient fait apparaître n'avaient pas pour but d'être enseignées *ipso facto* comme des déclinaisons. Elles n'étaient pas en soi des théories mais donnaient des clés pouvant servir à mieux cerner la nature des soins et expliquer leur contenu. Elles ne prétendaient pas les imposer en modèles pour former les infirmières et encore moins pour « *clarifier ce qu'est une infirmière* »¹⁷, mais éclairer autour de quoi les infirmières pouvaient appréhender leur fonction de soigner. Or, ce qu'elles apportèrent continua d'être perçu dans la ligne de façonner une « infirmière-soin » et s'intégra à la représentation dominante. L'imprégnation idéologique des soins, davantage centrée sur le comportement à induire, l'attitude à acquérir, accompagnée d'une méthodologie visant à appliquer plutôt qu'à découvrir, ainsi que la rédaction de plusieurs de ces écrits sous forme de précis et manuels, ont le plus souvent détourné l'intérêt de ces constatations de leur finalité première. Au lieu d'éclairer la complexité des soins de stimuler la curiosité et l'ouverture d'esprit tout en apprenant à confirmer ou infirmer l'intuition, de favoriser l'élucidation des impressions, de saisir l'expression des émotions et des sentiments — tant des personnes soignées que des soignants —, de *trouver ce qui relie* plusieurs aspects pour *en dégager le sens*, la focalisation portera sur « *une démarche à appliquer* » donnant naissance à un ensemble de procédures pour opérer une investigation systématique entraînant un type de réponses. Cette acquisition de procédures va l'emporter sur le développement de la capacité d'apprendre à discerner à partir de *l'inconnu* et au sein de la *complexité* ce qui *relie* les manifestations à la fois organiques, psycho-

affectives et culturelles de tel ou tel problème éprouvé par les personnes requérant des soins (accouchée, malade, personne âgée...). « *La démarche de soin* » selon tel ou tel modèle dictera la façon d'aborder malades et bien-portants et régulera ce qu'il est souhaitable d'envisager pour eux, laissant le plus souvent dans l'ombre ce qui ne se manifeste pas par « un recueil systématique de données ».

Ces procédures dicteront des protocoles, tandis qu'à l'exemple des médecins se dessinera l'ordonnancement d'une typologie visant à établir « un système de classification d'étiquettes diagnostiques¹⁸ ». S'il est indispensable que les infirmières/ers puissent non seulement légitimer mais légaliser ce qui relève du champ de leur compétence et de la raison d'être de leur fonction : les soins, il est souhaitable qu'elles/ils soient responsables du *discernement* des soins à proposer et à réaliser en relation avec ce qui caractérise les personnes soignées et leur état, ceci en lien avec la mise en œuvre et la surveillance du traitement. Ce discernement infirmier, s'il aboutit à *un diagnostic justifiant les décisions de soins* à entreprendre, trouve toute sa justification. Mais les définitions et classifications de « diagnostics infirmiers » se présentent davantage comme un moyen de conquête pour affirmer l'autonomie de la profession infirmière toujours en mal d'identité plutôt que comme une possibilité de développer la capacité d'élaborer un *diagnostic de soins*. Peut-on considérer de telles définitions comme des diagnostics lorsqu'on sait qu'un diagnostic n'est pas défini à l'avance, qu'il se situe à la croisée de plusieurs aspects à prendre en considération et que la difficulté consiste à les relier pour en découvrir le sens au sein de ce qui dynamise une situation ?

Confronter les personnes soignées à telle ou telle définition classifiée et codée (au point même de n'être traduite que par chiffres ou par lettres) les enserre « *dans un système de pure convention a priori*¹⁹ ». La rigidité de telles « étiquettes diagnostiques », si elle peut satisfaire un mode d'enregistrement des données par ordinateur, fige la personne et fixe ce qu'« elle a » puis ce qu'« elle est » (car on est vite taxé de ce qu'« on a ») dans une définition qui écarte les aspects à prendre en compte dans l'intrication de leurs nuances, de leur relativité, de leur approximation et de leur fluctuation. Ces « titres diagnostiques » procurent une sécurisation artificielle aux professionnels. Ces « étiquettes diagnostiques » éloignent de l'expression directe des personnes, et inhibent plus qu'elles ne favorisent le discernement des soins dont elles ne sont d'ailleurs pas le mobile. Pourtant, s'il est un diagnostic indispensable à réaliser c'est bien celui des *soins*, c'est-à-dire ce diagnostic dont les deux corrolaires sont le *discernement* et les *décisions engendrées* par le discernement qui les motive et par

là **oriente la nature des soins à pourvoir**. Ce discernement de la nature des soins à pourvoir est l'expression temporaire d'un ensemble de manifestations physiques, psycho-affectives, socio-culturelles, passant par le vécu des personnes, dont il convient d'apprendre à dégager le SENS : ce sens dont tout soignant a des indications qui demandent à être explicitées, afin d'orienter la finalité et la nature des soins, et appréhender leur interaction avec les traitements lorsqu'il y a maladie.

Un dilemme : retrouver les soins porteurs de vie et pouvoir en révéler les effets

Se rapprocher des soins continue de demeurer problématique quand on se rend compte de l'influence encore exercée par une pédagogie dominante qui sert plus souvent de refuge pour se protéger des incidences des soins que d'éveils à différents aspects de leur réalité. D'autant plus que la pédagogie est privée de contenu de connaissances pour aborder les soins, d'où sa façon idéale et abstraite de s'y référer, ou instrumentaliste afin de doter les infirmières/ers d'« outils » (donner des outils et des techniques sous toutes sortes de formes aux infirmières/ers reste quelque chose de bien ancré.) Par ailleurs, tout ce qui concerne la gestion est maintenu très distant des soins, étant focalisé sur la marche de l'institution qui demeure le référent suprême, tandis que les infirmières/ers soignants se trouvant au carrefour des problèmes humains doivent faire face à la prééminence d'une instrumentation et d'une technologie envahissantes qui, au nom de la science, va jusqu'à imposer « une dictature de l'esprit sur les corps et un effacement de la sensibilité²⁰. »

Selon l'expression d'Irène Robitaille²¹, il y a un « gouffre » entre le « concept SOIN » auquel se réfèrent les cadres infirmiers de façon de plus en plus abstraite et la réalité. La façon d'évoquer LE soin au singulier, faisant DU soin une abstraction au lieu de considérer les formes plurielles et diversifiées des soins, est là pour l'attester. Il n'y a aucune situation dans la vie courante où ne s'imbriquent des soins de nature différente. Il ne saurait en être autrement dans les situations où des soignants professionnels ont à intervenir.

Peut-on aller du concept à la pratique clinique comme le laisse entendre Lynda Carpenito, ce qui est tout à fait inverse de la construction de la pensée ? Partir « du théorique en ignorant le réel, c'est choisir le superficiel, l'artificiel, c'est choisir de s'occuper de ce qui est sans vie »²² alerte depuis longtemps Hend Abdel Al. Les infirmières/ers soignants le savent bien mais ont du mal à se sortir de ce qui a endigué jusqu'à emmurer

l'expression de ce qu'ils rencontrent au quotidien, qui continuent à ne pas être entendu, ni pris au sérieux. Beaucoup désirent sortir de cette impasse : « *L'infirmière compétente que je pensais être s'est aperçue qu'elle avait tout à apprendre, et de son métier et des êtres humains. Et aussi de soi-même* » ose dire Françoise Baranne²³. Quelques-unes cherchent à briser le silence « *pour qu'on ne soigne plus les gens au péril de son équilibre* »²⁴, de sa vie. Nombreuses sont celles qui désirent sortir de cette pensée rigoriste qui, prônant la supériorité de l'esprit — aujourd'hui d'un esprit « scientifique » qui impose ses croyances —, a domestiqué le corps des personnes soignées comme des soignants aux dépens de leur identité de femmes et d'hommes mûris par l'expérience de la vie.

Pour retrouver le sens des soins, pouvoir en parler et les évoquer, il nous faut apprendre ce qu'en disent les soignants, même s'ils ne peuvent pas toujours bien l'exprimer. C'est à partir de leurs propres représentations, de leurs impressions ainsi que celle des personnes soignées qui demandent, non pas à être endiguées, mais à être précisées et explicitées à partir de leurs propres termes, qu'il est possible de retrouver le sens des soins qui stimulent, qui confortent, qui soulagent, qui entretiennent les forces et le désir de vivre, et qu'il devient réaliste d'enrichir ces soins faisant appel à des connaissances diverses et appropriées. Ce sont les soignants qui sont au cœur de ce qui se trame par rapport aux soins, eux dont les interrogations et la réflexion, si elles peuvent s'exprimer et aboutir à leur propre construction de constatations, dévoilent les obstacles, révèlent à nouveau ce qui s'était perdu du savoir des soins. Mais les soignants sont en mal de « cadres » qui n'« encadrent » pas mais se soucient des questions et des problèmes soulevés par les soins. Ils manquent non pas de « formateurs » ou de « chercheurs » en soi, mais de catalyseurs qui leur permettent de développer leurs capacités d'élucidation et de recherche et se soucient qu'ils puissent nourrir leurs émotions et leurs sentiments comme leurs interrogations de connaissances diversifiées.

C'est au sein des services que se révèle l'apport irremplaçable des soins comme peuvent en témoigner quelques exemples probants de ces dernières années tels la renaissance des soins d'accompagnement de fin de vie, ou le maintien et la stimulation du désir et de l'intérêt de vivre chez des personnes âgées livrées à vie à la grisaille de services de long séjour, ou encore les soins prodigués aux personnes atteintes du sida comme ceux visant à compenser la dégradation du corps et l'atteinte de l'image corporelle. C'est également une éducation sanitaire non dogmatique qui

s'adresse aux enfants, adolescents et adultes à partir de la façon dont ils se posent des questions qui intéressent directement leur vie, en laissant exprimer leurs sentiments et en leur permettant de développer leur intelligence²⁵.

C'est par tâtonnement, doute, questionnement de ce que l'on constate, mais surtout désir de permettre aux gens de trouver ou de continuer à EXISTER en tenant compte de leur état que s'opère un réveil des soins porteurs de vie et que les infirmières/ers en lien avec d'autres acteurs sanitaires et sociaux trouvent aussi eux-mêmes la satisfaction d'EXISTER en réalisant le sens de leur métier. Trop peu connues sont leurs réalisations et trop ignorée l'interpellation de leurs témoignages tout autant que ceux des malades²⁶. Ils représentent pourtant une immense source de révélations pouvant alimenter directement la SCIENCE DES SOINS nourrie d'expérience empirique, d'art et de sagesse. De par leur fonction, les infirmières/ers sont particulièrement amenés à développer et révéler cette SCIENCE DES SOINS²⁷.

Il reste que soigner demeure d'abord et avant tout une pratique qui engendre, génère, régénère la vie et que l'étendue de la gamme des gestes et de la parole qui mobilisent les forces et le désir de vivre ne peut être que partiellement traduite par des écrits, même si ceux-ci permettent de prendre de la distance et de mieux tirer parti de constatations empiriques pour les vérifier et les affermir. Aussi, comment parler des soins et davantage encore écrire sur les soins demeure une entreprise complexe, approximative, emprunte de relativité. Écrire est à la fois une nécessité et un risque car le langage des soins n'a pas encore trouvé son écriture. Le langage des soins n'a pas été retranscrit à partir du patrimoine culturel constitué et hérité de l'oralité. Rendre compte de la complexité des soins par un langage verbal n'est pas simple : les seuls mots n'étant guère suffisants pour révéler les expressions du regard, l'intonation de la voix, la gestuelle, les postures... aussi le langage descriptif transmettant images et représentations et permettant d'interroger les significations de ce qu'on essaie de comprendre demeure-t-il un moyen de communication précieux et indispensable pour tout soignant. Sans ce langage oral riche en précision des faits et révélant leur interrelation, les écrits ne peuvent être que réducteurs et atrophier l'élaboration d'une pensée créatrice. C'est dire que tout écrit s'éloigne de la réalité mais en même temps peut contribuer à l'insérer dans les dimensions du temps et de l'espace et peut permettre de la regarder différemment s'il s'efforce d'en élargir et d'en éclairer la vision.

Présentation de l'ouvrage

Ce qui a motivé les écrits présentés ici a été de contribuer à retrouver le sens originel des soins, à permettre aux infirmières/ers et aux soignants, en le cherchant avec eux, de mieux identifier la nature des soins qu'ils prodiguent afin qu'ils soient à même d'en révéler les effets et d'en justifier la valeur sociale et économique.

Cet ouvrage est essentiellement constitué d'un regroupement de communications données en France comme à l'étranger, faisant suite à des demandes de consultation sur des questions données (soins de santé primaires, leadership infirmier...) ou à des formations-actions, ou encore à des travaux réalisés en accompagnant la réflexion d'infirmières/ers exerçant dans différents services : essentiellement dans des services de santé maternelle et infantile, de santé scolaire, de soins à domicile, mais aussi des services d'hôpitaux généraux ou psychiatriques. Ces communications représentent l'émanation d'un travail constamment poursuivi à partir de situations individuelles, ou de nombre, concernant telle ou telle population, implantées dans un milieu donné (consultations, écoles, quartiers...) engageant des interventions ou des actions soignantes insérées dans leurs dimensions sanitaire et sociale, culturelle et économique. Elles sont l'expression d'un long cheminement accompli non seulement avec les infirmières (infirmières-puéricultrices, infirmières de soins à domicile...), mais tout autant avec *les usagers des soins*, ceux rencontrés au cours de consultations ou de situations de soins, mais aussi les usagers qui participent à la gestion de services associatifs (centres de soins, services de maintien à domicile, réseaux d'usagers...). Ces communications traduisent également autour de quels axes fédérateurs peuvent se créer des liens de concertation avec les différents acteurs sanitaires et sociaux impliqués dans les situations de soins : médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, divers travailleurs sanitaires et sociaux (assistantes sociales, aides-ménagères, conseillères en économie familiale, conseillères conjugales, travailleuses familiales...), tout autant qu'avec les administrateurs financiers (de la Sécurité Sociale, de mutuelles), ou les élus locaux et partenaires d'associations.

Transcrites en articles à la demande de différents groupes ou revues professionnels, ces communications portent la marque du temps : de tel ou tel moment, de telle ou telle période traversée par des courants socio-économiques, politiques récents... (marque très nette pour la montée des

soins de santé primaires et des soins de santé communautaire). En même temps, elles resituent presque toujours dans la longue durée l’empreinte d’influences ou d’événements qui ont été déterminants pour les changements survenus affectant aussi bien :

- les conceptions des soins : celles issues des cultes païens (du pays... du terroir) et des milieux populaires, et celle imposée par les principes et les valeurs des classes dominantes ;

- ce qui était attendu à telle ou telle époque de ceux qui prodiguaient des soins, suivant qu’ils étaient hommes ou femmes et/ou en relation avec leur appartenance sociale, leur statut religieux ou laïc ;

- ou encore ce lent passage progressif et continu des soins du domaine de la vie privée à leur subordination et à leur contrôle par les institutions de l’Église, puis de l’État ;

- jusqu’à l’orientation des formations professionnelles sous l’égide des médecins mais également dans le sillage des prêtres et des clercs, des pédagogues.

Sans une vision qui intègre la longue durée, il n’est guère possible d’appréhender ce qui continue d’entraver les soins aujourd’hui et les difficultés rencontrées par les infirmières/ers et le personnel soignant pour prodiguer des soins porteurs de vie.

La finalité de la rédaction de ces textes était de laisser des traces... les traces d’interrogations, de tentatives de clarification pour cerner les pôles déterminants (les axes) autour desquels se tissent les situations de soins (voir « Vers une approche anthropologique des soins »), ce qui n’a rien à voir avec l’application d’une procédure. Ces textes témoignent aussi du souci de discerner comment s’élabore *la trajectoire d’une dynamique ayant pour pivot la nature des soins* déterminée à partir des caractéristiques des personnes soignées et de la capacité des soignants de savoir utiliser ce qu’ils en apprennent. C’est à l’inverse de ce qui se passe habituellement : où les soins ne sont pas le moteur de l’organisation et de la gestion au sein de l’institution sanitaire. Ils ne représentent pas l’essieu de l’activité productrice des services infirmiers²⁸. Bien au contraire, ils sont à la merci de la gestion de l’institution, de son équipement, de sa dotation en personnel. Or quelles que soient les situations de soins, *le discernement et la détermination de la nature des soins en fonction des personnes nécessitant d’être soignées sont le point d’ancrage* dont on ne saurait se passer pour ajuster l’organisation, établir la coordination, orienter la gestion, discerner les moyens à utiliser, évaluer le coût financier, estimer les incidences économiques, fournir les conditions de travail indispensables à leur réalisation. Tous ces aspects sont intrinsèquement liés.

Rien n'est possible sans la clarification de la nature des soins à partir des personnes qui les requièrent.

La juxtaposition de textes écrits dans différentes circonstances et visant des publics divers ne rend pas aisée la construction de leur ordonnancement. Toutefois, afin de donner à l'ouvrage une certaine cohérence, j'ai évité la dépendance d'un ordre chronologique de parution, mais me suis davantage attachée à ce que le lecteur puisse, dans la première partie : « *Soigner... accompagner les grands passages de la vie* », avoir une vision d'ensemble sur les soins : leur origine, leurs fondements culturels, leur insertion anthropologique, l'élaboration de leurs savoirs et les conséquences pour l'exercice infirmier aujourd'hui.

La deuxième et la troisième partie abordent les domaines plus spécifiques de la pratique infirmière, celle qui s'exerce au cœur des quartiers, au sein du réseau familial et social, celle qui se cherche avec d'autres travailleurs sanitaires et sociaux²⁹, et davantage encore avec les usagers, partenaires directs de toute action soignante. La deuxième partie : « *Au sein de l'action sanitaire et sociale, la pratique infirmière* » rend compte de la résurgence d'une participation directe des usagers avec l'essor du mouvement des soins de santé primaires et de santé communautaire. La troisième partie : « *Soigner à domicile... un défi à relever* » est davantage centrée sur les soins à domicile auquel le mouvement des centres de soins a donné une nouvelle impulsion en reconsidérant leur finalité : cette finalité de soutien et de maintien à domicile qui se situe en deçà et au-delà des seuls traitements, mais qui n'est pas pour autant assimilable à des tâches d'hygiène. Finalité qu'en dépit de grandes difficultés des infirmières de soins à domicile, tant salariées que libérales, cherchent à assurer.

La quatrième partie aborde la recherche et la formation.

Quelques inconvénients peuvent apparaître dans ce regroupement. Le principal est le risque de redites bien que l'un ou l'autre thème soit repris sous des aspects différents et complémentaires. Les points autour desquels certaines formes de redites peuvent davantage apparaître sont ceux qui traversent constamment la réalité des soins, les sous-tendent, sans être pour autant connus ou appréhendés comme tels, comme c'est le cas pour les fondements culturels des soins.

Cette forme d'ouvrage comporte aussi des avantages. Entre autres, celui que chaque chapitre ait été écrit séparément permet de lire l'un ou l'autre en dehors de l'ensemble selon les préoccupations et les intérêts du lecteur, d'autant plus qu'à plusieurs reprises, s'il existe des liens à faire avec un autre chapitre, une indication en est donnée dans une note de renvoi. Cette

lecture ciblée sur tel ou tel chapitre permet aussi de ne pas décourager un lecteur qui a un intérêt particulier tout en lui permettant de parcourir certains autres aspects qui peuvent venir éclairer le premier.

Surtout, les écrits regroupés ici ont cherché à offrir une possibilité de recul par rapport à l'appréhension nécessairement empirique des soins qui demeurent d'abord et avant tout une pratique, mais une pratique nourrie de connaissances, une pratique à laquelle l'écriture amène une construction de pensée plus élaborée. Cette construction dont on ne peut se passer donne la possibilité d'apprendre à *théoriser*³⁰ (non pas à appliquer une théorie) ce qu'on a cru percevoir, comprendre, nommer afin d'en créer des savoirs. Toutefois, l'écriture ne saurait être l'étape ultime. Elle n'a de sens que si elle conduit à retourner vers la réalité du terrain, là où se jouent les situations de vie au quotidien. Elle n'a de raison que si elle mobilise la pensée créatrice, si elle suscite le désir, l'intérêt, si elle stimule l'inventivité, si elle favorise la distanciation avec ce qui est vécu pour en permettre de nouveaux rapprochements. Faire progresser les connaissances issues des soins ne saurait briser ce qui demeure le tout premier art de la vie.

Notes

1. « Gestes ». Ce mot est utilisé ici dans son sens plénier, celui que retiennent les anthropologues, principalement A. Leroi-Gourhan qui a révélé dans de nombreux travaux comment le geste, particulièrement celui né des mains, était moteur de la pensée, depuis l'aube de l'humanité jusqu'à nos jours. Cette acception du geste prise dans ce sens n'a rien à voir avec le geste mécanisé du taylorisme dit « scientifique » illustré magnifiquement par les films de Charlie Chaplin. Elle n'a pas davantage à voir avec le geste technique décrit dans les manuels pour gardes-malades et infirmières et enseignés dans les écoles professionnelles. Voir à ce sujet la remarquable thèse d'Anne-Marie Prévost, « Réflexion sur l'enseignement infirmier » ou au moins l'article tiré de sa thèse : « La mise à distance du corps », in *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*, cahier n° 10 de l'AMIEC, 1988, p. 62-83.

2. A. Gide, *Les Nourritures terrestres*, Paris, Gallimard, 1989, coll. « Folio », p. 22.

3. Cette expression est empruntée aux anthropologues, particulièrement à Yvonne Verdier qui a remarquablement mis en évidence comment ces « *façons de dire, façons de faire* » structurent notre vie quotidienne, nos représentations et notre pensée.

4. Les signatures sont ces signes qu'interprétaient guérisseuses et guérisseurs afin d'établir des liens avec les remèdes appropriés en raison de la proximité de leurs couleurs ou de leurs formes. Par exemple, la colchique calme les douleurs de la goutte, car (entre autres) son bulbe ressemble à un orteil déformé par cette maladie. Voir à ce sujet les travaux de Madeleine Bouteiller, *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1987, et ceux de Françoise Loux, particulièrement *Sagesses du corps. La santé et la maladie dans les proverbes français*, publié avec Philippe Richard, Paris, Maisonneuve et Larose, 1978.

5. *Professer* est le propre d'une *profession* dont la première, dans toutes les sociétés, fut celle des prêtres (Georges Duby) qui donna naissance ultérieurement à celles des médecins et des juges, qui furent d'abord clercs des prêtres. Ce qui est une caractéristique majeure d'une profession est d'être lié à un écrit qui en pose le fondement, écrit qui est à son tour enseigné en y adhérant. *Professer* engage à croire et à enseigner ce que l'on croit en ayant pour support l'écrit qui est le référent de l'idée, de ce qui devient doctrine. Les professions sont prosélytes (en tous les cas les trois professions initiales des prêtres, des médecins et des juges, de même les subprofessions issues d'elles et formées par elles). Elles cherchent à indiquer, conseiller, éduquer, voire imposer ce qu'elles jugent bon ou mauvais, ce qu'elles instaurent en vérité à partir de la doctrine issue des écrits. Ce qui est désigné comme vérité peut présenter un caractère idéologique, comme un caractère scientifique. De fait, les deux sont souvent intriqués. La diffusion de ce qu'elles tiennent pour vrai ou souhaitable se fait en requérant la confiance des profanes (c'est-à-dire de tout un chacun qui n'a pas un accès direct à ce qui fonde le contenu professionnel), en cherchant à agir sur les comportements et les attitudes, ou en utilisant des voies plus directives comme celles du contrôle social (voir Ivan Illich, *Némésis médicale*, Le Seuil, 1975).

À l'encontre des professions générées par la maîtrise du pouvoir de l'écriture, les *gens des métiers* élaborent leurs savoirs à partir des pratiques qui leur ont donné une maîtrise de la transformation de la matière : maîtrise du feu et par là des métaux, du verre... mais aussi maîtrise des pratiques alimentaires et des pratiques du corps (matrones, barbiers-chirurgiens, chiropracteurs...). Leur maîtrise les pousse à créer de nouvelles façons de faire, mais aussi de nouveaux outils pour dépasser leurs possibilités de création. C'est le questionnement et l'inventivité des gens de métiers qui a été à l'origine de toutes les sciences que la rationalité du XIX^e siècle déclarera « exactes ». Créateurs, ils sont à la croisée de l'art et de la science. Avec le temps, leurs savoirs transmis par voie orale peuvent avoir été transcrits par eux-mêmes, ou par d'autres. Les conséquences en sont très différentes. Ils peuvent aussi avoir été professionnalisés par les gens du livre (comme les sages-femmes ; voir Jacques Gélis, *La Sage-femme ou le médecin*, Fayard, 1988). Tout métier qui accède à l'écriture se professionnalise, mais peut en même temps perdre un patrimoine de savoirs empiriques qui risquent de faire gravement défaut à ceux qui l'exerce. Les infirmières ont été professionnalisées à la fin du XIX^e siècle par les médecins en héritant du legs culturel des prêtres et des religieuses (qui sont des *professes*) sans avoir pu préalablement poser les fondements d'un métier à partir des savoirs des soins... ceci en dépit de certaines tentatives comme celle de Florence Nightingale (*Notes on Nursing*). Voir, dans la première partie, « Vers un exercice infirmier reconnu ».

6. *Pratiques*. Ce mot est très déconsidéré dans le milieu infirmier à cause de la résonance d'un apprentissage très directif des pratiques qui tue la curiosité d'esprit, fait taire les sentiments et étouffe l'éveil du discernement en inculquant des conduites à tenir. Or pratiquer suppose de développer une acuité d'observation, de confirmer des intuitions, de préciser ce que l'on croit comprendre, de discerner des moyens et leurs effets, de dégager des savoirs. C'est la base de toute connaissance. Voir aussi la note 10 de « Soigner... accompagner les grands passages de la vie ».

7. André Bonnard, *Civilisation grecque d'Euripide à Alexandre*, Bruxelles, Editions Complexes, 1991, chap. VII, p. 626, 631, 628.

8. Les médecins ne retrouveront la clinique qu'au XIX^e siècle, en France. Bichat et Laënnec en furent les promoteurs.

9. Le terme d'*infirmier/infirmière* se substituera au terme de *servant(e)* et sera retenu définitivement en France pour désigner les personnes qui s'occupent des malades, à l'initiative

du Dr D. Bourneville. Il a une connotation tout à fait différente de celle de *nurse* (voir le glossaire de l'ouvrage V. Henderson, *La Nature des soins infirmiers*, InterEditions, 1994, p. 229-230).

10. Francine Saillant, « La Part des femmes dans les soins de santé », *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, n° 6, 2^e trimestre 1993, p. 74. Francine Saillant, infirmière et anthropologue, a entrepris au Québec un travail de recherche sur les médecines populaires qu'elle mène en collaboration avec Françoise Loux, anthropologue au Centre d'ethnologie française, CNRS.

11. Les savoirs « empiriques », très minimisés dans la profession infirmière au point d'être méprisés et même perçus comme nocifs, sont à la base de tout savoir. (Voir, en exergue à cet ouvrage, le texte de Condorcet.)

12. Florence Nightingale, *Notes on Nursing, What it is and what it is not*, Londres, Harrison & Sons, 1959.

13. Monica Baly, *Florence Nightingale à travers ses écrits*, traduit de l'anglais, Paris, InterEditions, 1993, p. 77 et 80. En disant que les soins et la médecine ne doivent jamais être mêlés, Florence Nightingale veut signifier que les soins et la médecine ne doivent jamais être assimilés, confondus, sans que cela soit nuisible. Cela ne veut pas dire qu'ils n'ont pas à coexister lorsqu'il y a nécessité de traitement, au contraire.

14. Je garde volontairement le féminin ici et dans ce qui suit car tout le mouvement de professionnalisation opéré par la formation-instruction a été ciblé sur les femmes — à l'exclusion des hôpitaux militaires et des hôpitaux psychiatriques. Il a été directement inspiré de l'idéologie chrétienne, prônant l'éternel féminin en ce XIX^e siècle, siècle de la proclamation de l'Immaculée Conception, mais aussi de cette vision médicale de la femme fantasmée, cette femme dont il faut maîtriser les pulsions et les humeurs. Il a été conçu à la fois pour que la [femme] infirmière accomplisse sa vocation de don aux autres tout en s'élevant au-dessus des bassesses de la nature comme être enceinte, accoucher... et pour endiguer ses velléités d'initiatives de libre exercice tout en lui donnant un statut social professionnel qui, antérieurement à 1981 (pour la France), n'avait même jamais mentionné « les soins », comme tels.

15. La signification est attachée aux signes qui demandent à être décryptés en apprenant à découvrir leur dimension symbolique telle qu'elle se présente chez les gens.

16. Voir V. Henderson, *La Nature des soins infirmiers*, Paris, *op. cit.*, p. 18-21 et Notes explicatives p. 217.

17. Ce qu'ont été jusqu'à prôner certaines infirmières comme Evelyn Adam, « L'Application d'un modèle conceptuel au programme d'études collégiales », Rapport *Ressourcement et Envol*, Colloque des Techniques Infirmières, 2-5 juin 1980, document dactylographié, p. 50.

18. Lynda Jull Carpenito, *Diagnostic infirmier. Du concept à la pratique clinique*, Paris, MEDSI/McGraw-Hill, 2^e éd. française, 1990, p. 6. Voir Définitions du diagnostic infirmier p. 5. Lorsque ces « diagnostics » sont regroupés en petits opuscules et codés en nombre, on ne peut que s'inquiéter de ces formulations lapidaires à affirmations abusives, ainsi pris au hasard le : « 13111 Pseudo-constipation 1988.

Caractéristiques majeures :

- S'oblige à aller à la selle et fait par conséquent une utilisation abusive de laxatifs, de lavements et de suppositoires.

Facteurs favorisants, parmi ces facteurs :

Altération des opérations de la pensée. » (Est-ce sérieux ?) (ANADI, *Diagnostics infirmiers. Définitions et classification*, Paris, InterEditions, 1994, p. 42.)

19. Édouard Zarifian, *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, p. 59. Cet ouvrage interpelle sur la façon d'aborder l'homme objet et l'homme sujet. Le chapitre « Le normal et le pathologique » questionne les façons d'établir le diagnostic.
20. In « Les Enjeux de la bioéthique », présenté aux *Chemins de la connaissance*, France Culture, 21 février 1990. Propos de Robert Higgins. Ce totalitarisme de l'esprit a été également dénoncé à plusieurs reprises par Jacques Testart.
21. Irène Robitaille-Campagne, étude présentée (sans titre) dans *Actes du II^e congrès du Réseau multinational de recherche et de réflexion à partir de la Pratique quotidienne des soins infirmiers (PRAQSI)*, p. 265-291. Cette étude fait apparaître le « gouffre » existant entre la compréhension « dominante » des infirmières cadres, leur concept idéal et abstrait des soins infirmiers de la réalité des infirmières soignantes. Elle montre la dichotomie existant entre la gestion et les soins infirmiers, entre l'idéal, les généralités visant à satisfaire des normes ou des besoins préétablis et ce qui est « subtil, dynamique et invisible » dans la complexité quotidienne.
22. Hend Abdel-Al, in *Actes du II^e Congrès de PRAQSI*, *op. cit.*, note 21, « Poursuivre le chemin entamé au premier colloque », p. 229.
23. Françoise Baranne, *Le Couloir. Une infirmière au pays du sida*, Paris, Gallimard, coll. « Témoins », 1994, p. 23.
24. Nicole Bénévise, *Journal d'une infirmière*, Paris, Plon, 1993, p. 117.
25. Voir Michèle Pohier, *Notre santé, une école de vie*, Lyon, Chronique sociale, 1992. Des infirmières de soins à domicile, comme des infirmières puéricultrices et de santé scolaire, font des réalisations très remarquables pour aborder les problèmes du sommeil, de l'alimentation, de la drogue, utilisant les contes, les marionnettes, des créations de vidéo faites avec et par les jeunes eux-mêmes.
26. Les écrits : biographies, témoignages, romans, lettres, travaux d'histoire ne sont pratiquement jamais utilisés comme sources de connaissance dans les lieux de formation. Encore moins les chansons, la poésie.
27. « Science infirmière » entend-on souvent revendiquer. Y aurait-il une science infirmière ? J'en doute. Les soins ne sont pas le propre de la seule profession infirmière, ils ont de tout temps existé, appartiennent à tout un chacun dans les circonstances ordinaires de la vie. Dans certaines circonstances, il est besoin de recourir à plusieurs genres de professionnels exerçant une activité soignante comme kinésithérapeutes, psychologues-cliniciens, etc. Parmi ces professionnels, les infirmiers/ères, dont la fonction est de soigner toute personne qui n'est pas à même de l'assurer par et pour elle-même, peuvent apporter une contribution unique au patrimoine des savoirs des soins et par là à la SCIENCE DES SOINS.
28. Voir note 21.
29. Voir Michèle Pohier, *op. cit.*, note 24. Elle donne une magnifique illustration de dix-huit années de réalisation de soins de santé primaires et communautaire dans un quartier de Lille-Sud.
30. La différence entre « théoriser » et « appliquer une théorie » est de taille. Voir à ce sujet Ruth Kohn, *Les Enjeux de l'observation*, Paris, PUF, 1982, p. 117-118.

La créativité, un défi au cours de l'histoire de la profession infirmière*

COMMENT SAISIR LA CRÉATIVITÉ AU COURS DE L'HISTOIRE ?

Pour aborder un sujet d'une telle ampleur et apparemment incernable, plusieurs possibilités pourraient s'offrir :

Parmi elles, celle de l'*Histoire Orale*. Ainsi pourrait-on se proposer d'appréhender les signes de la créativité à l'heure actuelle auprès des infirmières et infirmiers dans l'exercice de leur profession :

— Les soignants pensent-ils qu'ils appartiennent à une profession qui requiert de la créativité ?

— Les soignants se reconnaissent-ils de la créativité ? Quel est le champ de leur créativité ? Autour de quoi s'exerce-t-elle ? Comment s'exprime-t-elle ? Sous quelle forme ?

* Conférence donnée aux Journées de Perfectionnement de novembre 1984, organisées par le Centre chrétien des professions de santé (CCPS) sur le thème « *La Créativité dans le rôle propre infirmier* ». L'ensemble des interventions et conférences présentées à ces journées ont été publiées par le CCPS dans le numéro spécial portant le titre du thème (parution 2^e trimestre 1985).

C'est à la demande de Monique Lacage, alors présidente du CCPS, que j'ai abordé ce sujet si difficile, mais aussi douloureux par ses incidences professionnelles et ses échos personnels : « *la créativité au cours de l'histoire de la profession infirmière* » relève à maints égards d'un défi.

Un lien sera fait au début avec l'intervention de Serge Karsenty qui ouvrait ces Journées de Perfectionnement sur le thème « *La Créativité : une adaptabilité par anticipation* ». Il arriva plusieurs fois à l'auteur d'intervenir avec Serge Karsenty, sociologue dont elle partage plusieurs points de réflexion.

Il serait intéressant de recueillir les propos d'infirmières et d'infirmiers et de savoir s'ils pensent appartenir à une profession dont l'exercice requiert de la créativité. On pourrait rapprocher ce que l'on aurait découvert des résultats de l'enquête menée en 1964 par l'Association Nationale des Infirmières Françaises Diplômées d'État qui s'intitulait « L'Infirmière vue par elle-même » où furent répertoriées — comme résultat de cette enquête — 327 qualités de l'infirmière, telles que les infirmières les pensaient souhaitables ! Je les ai toutes relues, mais n'ai retrouvé parmi elles aucune trace relative à *la créativité*. Vous pourriez m'objecter qu'à ce moment-là, en 1964-1965, le mot *créativité* était inusité, puisque ce vieux mot français nous est revenu par l'anglais américanisé. Le dictionnaire *Robert* resitue le mot *créatif* vers les années soixante, et seulement en 1965 le mot *créativité*. Toutefois, on peut chercher à retrouver dans cet inventaire de qualités le terme qui se rapprocherait le plus de cette notion. Ce serait celui d'*initiative* que monsieur Picard, responsable de l'enquête, situe parmi *les qualités anecdotiques*, c'est-à-dire qui ne sont mentionnées que tout à fait épisodiquement et relevant de l'accessoire. Ces qualités désignées comme « anecdotiques » ne sont mentionnées qu'en dernière position après la cohorte des qualités pensées dominantes, à savoir, par ordre de priorité : *la conscience professionnelle, le dévouement, la compétence, la discrétion, l'ordre, la patience, la douceur, la propreté, l'initiative, l'organisation, l'amabilité*.

À vingt ans de distance, un test sur ce sujet pourrait bien être évocateur, et même si j'ai pensé à l'éventualité d'un sondage ce matin au hasard des entrées dans la salle, je me suis dit que je n'aurai pas le temps de le dépouiller pour cet après-midi, aussi y ai-je renoncé avec regret.

Une autre possibilité serait d'essayer de retrouver les signes de créativité augurés par l'expression même de l'exercice professionnel : *les soins*, et ceci à travers leur **phylogénèse**, c'est-à-dire en retrouvant la façon dont les soins se sont manifestés et développés en laissant, dans leur sillage, les traces de leur création.

Ces deux approches visant à appréhender les dimensions du temps en histoire, le temps diachronique et le temps synchronique, me sembleraient nécessaires et complémentaires. Toutefois, il ne me sera possible ici que d'effleurer l'une d'entre elles, celle qui relie d'hier à aujourd'hui les marques laissées par la créativité pour s'ouvrir vers l'avenir. Mais quelle que soit l'approche utilisée, et avant de m'aventurer sur ce chemin, il me paraît indispensable de *préciser ce que l'on entend par créativité et de discerner créativité de création*.

CRÉATIVITÉ ET CRÉATION

Serge Karsenty a montré que *la créativité était un pouvoir de créer, d'inventer*. Je le rejoins, en voyant ce pouvoir dans le sens d'une *capacité en puissance, en devenir*, qui peut trouver ou non à s'exprimer, à se réaliser, mais qui peut très bien ne pas pouvoir se réaliser.

La créativité peut aboutir ou non à une création.

Par ailleurs, Serge Karsenty a présenté la créativité en insistant sur « la possibilité d'innover et de produire quelque chose de nouveau ». Pour ma part, il m'apparaît que la créativité *est souvent appelée à mobiliser de façon nouvelle ce qui apparemment paraît banal et quotidien*. Il me semble que c'est là un des aspects que l'on retrouvera par rapport aux soins infirmiers. Ce n'est pas forcément produire quelque chose de nouveau. On a tendance à penser que toute production doit avoir un caractère de nouveauté en soi. **La créativité ne serait-elle pas bien souvent cette capacité de continuer à être en éveil, à être à l'écoute des possibilités de développement et d'épanouissement à partir des ressources existantes, pour savoir les mobiliser et s'en servir ?** Ce sera d'ailleurs sans doute là une des grandes difficultés à laquelle se heurtera l'expression de la créativité dans l'exercice professionnel.

La créativité ne peut avoir qu'un caractère fugace et éphémère si elle n'aboutit pas à une *création*. Qu'importe la créativité si elle ne se traduit pas en création, c'est-à-dire *cette action de faire naître, faire exister*.

La création est une réalisation identifiable, que l'on peut reconnaître parce qu'elle donne naissance à quelque chose de continu et durable. Or, très souvent, la créativité professionnelle infirmière n'arrive à se manifester que de manière ponctuelle et épisodique. Elle est plus fréquemment centrée sur des actes, des tâches pour les soustraire à la routine et à l'ennui, ou bien elle agit sous la pression du changement, plutôt que de chercher à se réaliser dans des projets professionnels élaborés à partir de préoccupations, de questionnements, de buts à atteindre.

Par exemple, une toilette auprès d'un malade chronique peut susciter une créativité limitée à la toilette pure en tant que tâche. Afin de la rendre moins ennuyeuse, moins répétitive, on peut chercher à la commencer différemment, à installer le malade autrement, à changer d'horaire... ou bien cette même toilette peut se faire en cherchant à mobiliser, à encourager ce que la personne soignée peut encore faire par elle-même et à ajuster en fonction de cela une façon créative de faire sa toilette, c'est-à-dire une façon qui re-stimulera sa motricité, sa capacité à se mobiliser, sa façon de s'habiller, sa façon de paraître aux autres, son désir de communiquer en

prodiguant des soins de beauté (coiffure, maquillage, choix de vêtements...), ce qui fait de la toilette tout autre chose qu'un « toilettage », un acte de propreté à laquelle elle est le plus souvent réduite.

Cette forme de créativité s'exprime dans *les soins qui stimulent la vie, qui font œuvre de création*. C'est par rapport à cette question qu'il me semble particulièrement important d'interroger la créativité dans l'exercice de notre métier : *Est-ce que la créativité contribue à développer des soins qui font œuvre de création, c'est-à-dire qui permettent d'exister davantage ?*

Il importe également de distinguer *la créativité individuelle* de l'expression de *la créativité d'un groupe professionnel*. Les personnes appartenant sociologiquement à un même groupe social peuvent être individuellement porteuses de grandes capacités de créativité sans que celles-ci arrivent à s'exprimer ou à déboucher dans quelques réalisations durables, reconnues et intégrées par le groupe professionnel. Il existe bien souvent des créations isolées qui ont du mal à s'affermir dans le temps, et surtout à être partagées par d'autres professionnelles qui les ressentent fréquemment comme menaçantes, car échappant aux représentations idéologiques et culturelles du modèle professionnel dominant. Malheureusement, les créations individuelles ne sont pas représentatives de la créativité du groupe professionnel si celui-ci ne les a pas intégrées et reconnues, et si elles ne contribuent pas à prouver la nature de son travail, à identifier son œuvre créatrice.

Je ne vois pas d'autres moyens d'investiguer la créativité de la profession qu'en se demandant si elle fait œuvre créatrice dans le domaine qui lui est propre : les soins, ces soins infirmiers qu'on ne saurait dissocier de l'évolution des pratiques soignantes. C'est donc autour des pratiques soignantes qui ont précédé les soins infirmiers, et autour des soins infirmiers eux-mêmes, que j'essaierai de retrouver les traces de la créativité à travers l'histoire d'hier à aujourd'hui. Ces traces étant, il faut bien le dire, très difficilement saisissables puisque ce qu'il en reste nous est essentiellement transmis par l'écriture à qui échappe justement presque toute l'histoire des pratiques soignantes et des soins. C'est là une des raisons du défi de cerner la créativité dans l'histoire des pratiques soignantes dont a hérité la profession infirmière : défi de retrouver la créativité des pratiques de soins afin d'aboutir à une œuvre créatrice contribuant à faire identifier et faire davantage reconnaître l'exercice du groupe professionnel infirmier. De ce fait, défi de retrouver les indices de la créativité aux sources de l'histoire.

Il me semble qu'au cours de l'histoire des pratiques soignantes on peut retrouver différents signes d'une créativité dont l'évolution sera malheureusement peu favorable.

Je verrai d'abord :

— **La créativité libérée**, exprimée par l'ensemble du groupe social autour de pratiques soignantes reconnues.

— **La créativité menacée** lorsqu'apparaît la césure entre *le profane et le sacré, l'oral et l'écrit*.

— **La créativité bafouée, bannie** lorsque les philosophies dualistes, puis le christianisme, ont affirmé une scission entre le corps et l'esprit aboutissant à *valoriser la supériorité de l'esprit et à mépriser le corps* comme abject.

— **La créativité reniée**, lorsqu'il y a condamnation des pratiques de soins élaborées autour de *la fécondité* et valorisation des soins spirituels, rédempteurs, focalisés sur *la souffrance*.

— **La créativité déniée, contenue, étouffée**, lorsque la médicalisation des *soins aux malades* et la division du travail en tâches focalisent les soins — devenus de fait des traitements — sur *la maladie* en rendant les pratiques soignantes infirmières totalement dépendantes des médecins.

— **La créativité en désir d'éclosion, en recherche d'expression et de formes de réalisation**.

Je pense que c'est à travers ce chemin que l'on peut appréhender et comprendre les entraves auxquelles s'est heurtée l'expression de la créativité pour faire des pratiques soignantes, puis des soins infirmiers, une œuvre reconnue culturellement, socialement et économiquement, ceci afin que cette compréhension nous rende davantage capable de faire face et de maîtriser ces entraves chargées d'un lourd passé.

LA CRÉATIVITÉ LIBÉRÉE, EXPRIMÉE ET RECONNUE

Faut-il rappeler ici que dès que la vie apparaît les soins existent, car *il faut prendre soin de la vie pour qu'elle puisse continuer et demeurer*. Les soins se sont cherchés autour de la nécessité de maintenir, de développer la vie et de lutter contre la mort.

J'ai déjà eu l'occasion de montrer que les pratiques soignantes générées par les hommes et celles générées par les femmes ne sont pas de même nature, et qu'il est indispensable de faire cesser la confusion entretenue jusqu'à présent entre les pratiques de soins développées par les femmes, et celles développées par les hommes. L'évolution des soins prodigués

dans les hôpitaux généraux et les dispensaires de quartiers et de villages se rattachant de manière prédominante à l'évolution des soins pratiqués par les femmes, force m'est de chercher davantage les indices de créativité laissés par les pratiques des femmes soignantes. Il en irait autrement pour ce qui relève des pratiques développées dans les hôpitaux psychiatriques.

L'indispensable nécessité pour assurer la survie du groupe et de l'espèce amène les femmes à développer leur créativité pour assurer le maintien de la vie autour de deux grands axes : *les pratiques du corps et les pratiques alimentaires*.

Les pratiques du corps s'élaborent autour de deux grands passages qui ouvre et termine la vie : la naissance et la mort. Les pratiques du corps sont toutes les pratiques qui, à l'occasion de la toilette, vont stimuler toutes les capacités de l'olfaction et du toucher permettant la perception des sensations qui deviennent émotions, sentiments, base du développement de la pensée. Ce sont également tous les soins du paraître, forgeant l'identité, l'appartenance au groupe, mais aussi faisant du corps l'expression même de la communication de l'esprit avec lequel il ne fait qu'un. Ces stimulations passent par le plaisir, le jeu, les massages, les rythmes. Ces pratiques donnent naissance à l'élaboration d'un ensemble de savoirs, celui des *médecines énergétiques*, dont la connaissance s'est totalement dissipée avec la médecine académique dans la société occidentale, en raison de la condamnation des pratiques du corps exercée par l'Église. C'est seulement à l'orée du vingtième siècle que la pratique bio-analytique de Wilhelm Reich lui fera appréhender à nouveau l'ampleur du *phénomène énergétique*, tandis qu'il faut attendre la fin du vingtième siècle pour que l'influence des sagesses orientales suscite l'intérêt du public pour ces médecines (shiatsu, acupuncture, magnétisme...). Le champ de ces pratiques de stimulation, de relaxation, de sédation de la douleur est immense, basé à la fois sur de très vastes savoirs empiriques, mais aussi cognitifs¹.

Les pratiques alimentaires, qui ont toujours été indispensables pour assurer le maintien de la vie, ont donné lieu à la découverte des plantes et de leurs propriétés. Par tâtonnements, essais et erreurs, les femmes viennent à utiliser racines, tiges, feuilles, fleurs, baies, fruits, et inventent différents modes de préparation. Peu à peu, au rythme des saisons, les plantes livrent aux femmes leurs secrets : celui de se reproduire et de posséder des vertus thérapeutiques.

Ceci donne lieu à deux grandes créations de l'histoire de l'humanité :

— Semer et récolter engendrent *l'agriculture*².

— La connaissance des propriétés thérapeutiques génère la *pharmacopée*.

L'exercice de ces pratiques — encore en vigueur dans la majeure partie des sociétés rurales et de tradition orale — se fait dans *une vision cosmogonique du monde*, où l'homme est en relation avec l'univers, où le corps est l'expression même de l'esprit, matière animée par le souffle de vie, tel que Teilhard de Chardin a su la percevoir et la chanter dans son vibrant « Hymne à l'Univers » :

Je te salue Matière, universelle puissance de rapprochement et d'union, par où se relie la foule des monades et en qui elles convergent toutes sur la route de l'Esprit...

Tu règnes, Matière, dans les hauteurs sereines où s'imaginent t'éviter les Saints, Chair si transparente et si mobile que nous ne te distinguons plus d'un esprit³.

Cette vision cosmogonique ne connaît pas cet éclatement, cette dissociation entre corps et matière, corps et esprit. Le corps est le temple de l'esprit, il en est ce qui lui donne expression, communication, d'où l'invention de pratiques de stimulation, de pratiques ludiques, pratiques du paraître... où soignés comme soignantes sont *acteurs sociaux*. Soigner est apprendre de l'autre que je construis autant qu'il me construit, dans une réciprocité de développement de capacités de vie.

La diversité de ces pratiques est infinie car elles varient suivant les climats, les reliefs, les ressources minérales et agraires qui engendrent les habitudes de vie des groupes sociaux. Ces savoirs empiriques, dont certains détiennent un caractère sacré, vont progressivement se ritualiser.

LA CRÉATIVITÉ MENACÉE

Avec la nécessité de conserver le patrimoine des pratiques acquises par le groupe — d'autant plus que celui-ci s'étend démographiquement — apparaît le besoin de désigner une personne référente pour être garante des habitudes de vie et des croyances engendrées par ces pratiques.

Le shaman, puis la prêtresse ou le prêtre seront ceux à qui incombera de garder, de conserver les savoirs issus des pratiques. En devenant détenteurs, ils viennent à les interpréter, les organiser, les réajuster.

Avec eux les savoirs sacrés se ritualisent, mais ce faisant la conscience *religieuse* (au sens étymologique de *re-ligare*, relier, ce qui relie l'homme à l'univers, ce qui l'unit aux forces cosmiques) s'éloigne très insensiblement du magique (le mystère) pour s'orienter vers une

recherche d'explication du mystère, puis devenir progressivement plus rationnelle.

C'est là, me semble-t-il, que commence à apparaître une césure qui marquera profondément l'évolution des savoirs et des pouvoirs issus des pratiques soignantes. Tandis que prêtres et prêtresses sont garants des savoirs qu'ils se chargent de transformer selon leur interprétation, dont ils sacralisent la signification et organisent les rites, d'autres savoirs continuent à se faire jour, élaborés à partir du quotidien, des aléas de la vie. Ils sont le fait des gens de tous les jours et deviennent perçus comme des *savoirs profanes*.

Savoirs sacrés ritualisés et savoirs profanes empreints de symbolique demeurent très proches jusqu'à l'utilisation de l'écriture, comme le montre Mary Chamberlain dans son *Histoire des guérisseuses* :

On ne demandait pas seulement aux prêtresses de connaître les facultés et les attributions des divinités protectrices de la santé, les prières et les incantations appropriées mais aussi de posséder un vaste savoir sur les éléments animaux, végétaux et minéraux utilisés pour l'élaboration des prescriptions médicales⁴.

C'est autour des savoirs sacrés ritualisés que commencent à naître les premières pictographies qui deviendront au gré de leur transformation sur plusieurs siècles, **l'écriture**. Alors deviennent tout-puissants ceux qui possèdent et maîtrisent les savoirs consignés par **l'écriture**.

Qui sont ces privilégiés ? Des prêtres, mais aussi des prêtresses ayant une pratique de la médecine, comme à Sumer où il semble que l'écriture ait été développée par les femmes : « *On honorait la déesse sumérienne Nidaba parce qu'elle avait inventé les tablettes d'argile et l'art de l'écriture...* » Le scribe de la mythologie sumérienne était une femme⁵.

C'est aux environs de la 18^e dynastie égyptienne (1500-1300 avant J.-C.) que les femmes semblent avoir été reléguées de certaines fonctions de la prêtrise et, de ce fait, évincées de l'accès à l'écriture mais en même temps de la *médecine savante* qu'était la médecine des écrits. C'est aussi à partir de cette époque que l'on constate en Égypte, puis dans la Grèce Antique, un désinvestissement des cultes de la fécondité au profit d'autres dieux.

Le départ des femmes du temple entraîna nécessairement une diminution de leur prestige et de leur autorité, même en ce qui concerne la médecine traditionnelle ; tandis que la position des prêtres-médecins qui leur succédaient fut confortée d'autant. Les femmes allaient continuer à pratiquer

l'art de guérir, mais elles étaient privées de la caution que leur conféraient jadis la science et la religion⁶.

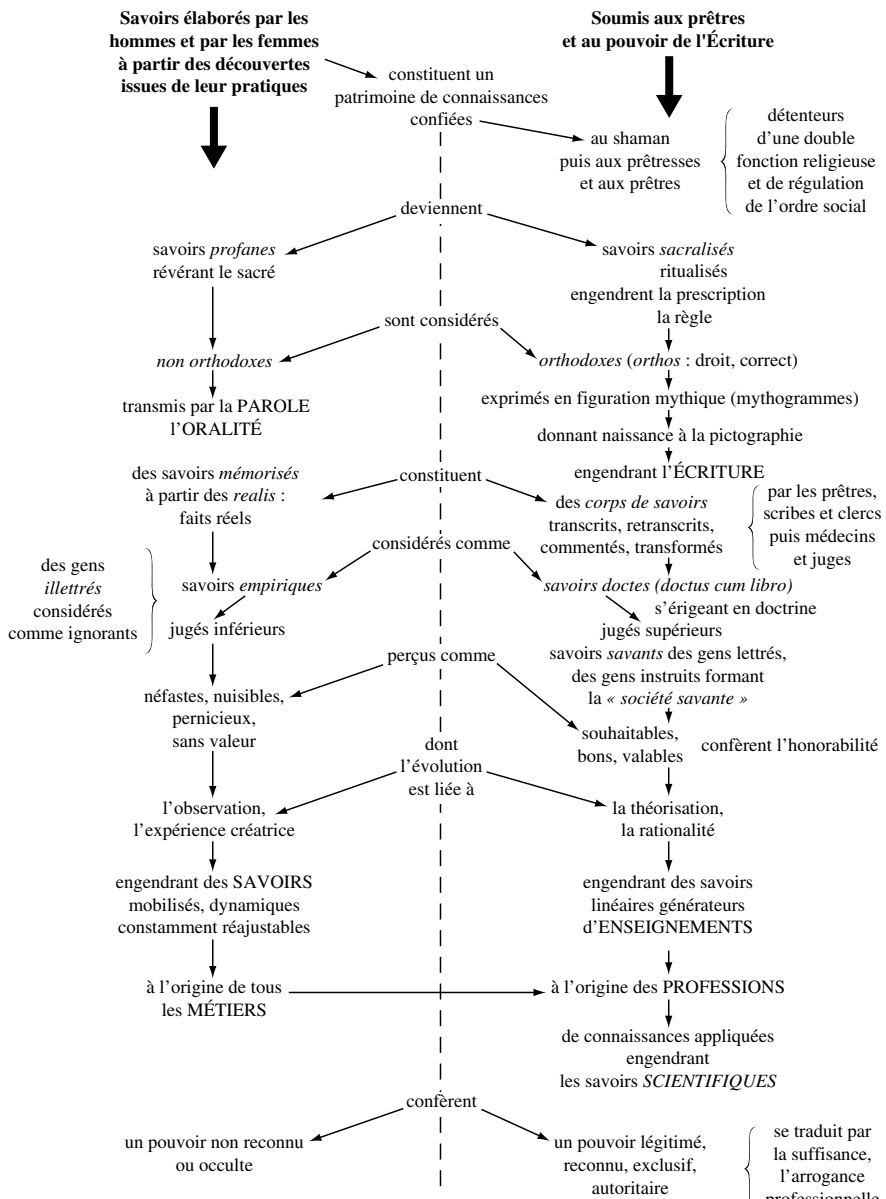
Les premières écoles de médecine de la Grèce Antique, de Cnide, de Rhodes et de Cyrène qui datent du sixième et cinquième siècles avant J.-C. accueillent les savoirs populaires, bien que les femmes en soient exclues. Plus didactiques sont les Écoles hippocratiques de Cos et de Larissa dont les conceptions philosophiques et dialectiques influenceront toute la médecine moderne. Beaucoup de savoirs regroupés dans ces Écoles venaient des médecines populaires, tout particulièrement recueillies à partir des propos et des témoignages des femmes. C'est de leur expérience finement analysée qu'Hippocrate, qui n'a jamais pratiqué ni même vu un accouchement, recueille toutes les connaissances de l'époque sur la conception, la grossesse, l'accouchement et les maladies des femmes, dont l'hystérie. Connaissances indéfiniment reprises, commentées et transformées par Galien, Soranos et Oribase, au point que les données de l'expérience féminine ne soient plus comprises, même si elles sont en partie transmises...⁷

La naissance des écoles de médecine ne fait pas disparaître les médecines traditionnelles qui continueront à développer une infinie diversité de savoirs en dépit du discrédit permanent dans lequel les tient la médecine savante qui ne se prive pas d'aller constamment puiser à leurs sources tout en les infériorisant et les subjuguant.

Pourquoi évoquer ces faits qui semblent très lointains ? C'est qu'ils tracent le sillage de l'évolution des savoirs, leur accessibilité et la façon dont ils seront reconnus. C'est à partir des savoirs sacralisés, puis des savoirs hérités de l'écriture que se creusera le fossé entre *ceux qui professent* la doctrine et détiennent l'instruction, et ceux dont les pratiques seront jugées *profanes*⁸ parce qu'accomplies par des matrones, vieilles femmes, guérisseurs et guérisseuses estimés ignorants parce qu'illettrés (fig. 1). Pourtant ce sont leurs savoirs qui ont alimenté les manuscrits et fournissent à l'heure actuelle la manne des ouvrages anthropologiques.

Dans ce sillage se forgera la sacralisation du savoir professionnel médical, puis des professions de santé, vis-à-vis du *savoir profane des malades*, eux-mêmes disposés à reconnaître « Je ne suis qu'un profane », tant ils se trouvent dépossédés par ce qu'Hildegard Peplau appelle « *cette arrogance professionnelle* ». Arrogance d'une certitude qui se fonde sur la non-reconnaissance du savoir des autres.

Abandonnant le sens de la découverte, l'imaginaire et le symbolisme, la créativité reconnue deviendra celle valorisant l'enseignement théorisé,



L'analyse pourrait se poursuivre avec la nouvelle écriture : l'informatique.

Figure 1. Évolution des savoirs et leur considération dans l'histoire des mentalités

basé sur des principes scientifiques, aux dépens de celle qui utilise les savoirs du vécu, des affects et des émotions. Maintenues pendant des siècles hors des temples de la science, les femmes soignantes, lorsqu'elles y pénétrèrent, durent déposer à la porte des institutions le bagage des savoirs acquis depuis des millénaires par leurs pratiques, abandonnant avec celles-ci une forme de créativité très concrète et imagée faisant cruellement défaut à la pratique des soins.

LA CRÉATIVITÉ BANNIE

L'usage de l'écriture fait apparaître différentes représentations du monde suscitant de nouvelles explications de la place de l'homme dans l'univers, en modifiant les conceptions religieuses existantes. Aussi est-ce à partir des écrits que s'instaurent les idéologies nouvelles donnant naissance aux religions monothéistes ainsi qu'à des philosophies spiritualistes, telles celles d'Aristote et de Platon.

C'est au carrefour d'influences émanant de divers courants philosophiques et religieux que le christianisme prendra son essor :

— Du *judaïsme*, il hérite **la foi en un Dieu unique** (conception issue de l'écriture. Le Talmud dans ses textes les plus anciens parle de *forces de vie*).

— Des *philosophies grecques d'Aristote et de Platon*, il valorise la **supériorité de l'esprit sur le corps, des hommes sur les femmes** (puisque l'écriture devient l'apanage des hommes, leur donnant accès au monde des idées, à une rationalité qui n'est pas trahie par les sens — la philosophie de l'essence relègue la philosophie de l'existence).

— Des *gnostiques*, il s'inspire **du mépris du monde, de la dérision de la vie**, de sa finitude.

— Des *moines anachorètes du désert d'Égypte* pratiquant l'expérience d'une continence sexuelle totale, il prône **l'éloge de la virginité**.

Tirant leur inspiration de ces différentes sources, les Pères de l'Église, dont Tertullien, Basile, Jérôme et Augustin, proclament **le corps comme source de tous les maux, de fornication et de péché**. Cette réprobation atteint davantage encore le corps de la femme qui devient objet d'opprobre.

En proclamant le mépris du monde, la condamnation de la vie (non spirituelle), la doctrine chrétienne marquera profondément de cette empreinte toute la civilisation occidentale ainsi que l'a mis en évidence Jean Delumeau :

L'opposition radicale — et artificielle — entre le corps et l'âme (celle-ci profitant de tout ce qui est retiré à celui-là) conduit logiquement au mépris, voire à la condamnation de la vie⁹.

Le *contemptus mundi* (mépris du monde, mépris de la vie) n'a pas été seulement une pratique d'humilité. Il a été *théorisé, généralisé, érigé en vérité universelle*¹⁰.

Ce discours monastique dépassa le cadre et les hommes pour qui il avait été élaboré. Il fut proposé comme norme à une civilisation entière. Ses trois composantes sont « **la haine du corps et du monde, l'évidence du péché, et le sentiment aigu de la fuite du temps**¹¹ ».

Cette doctrine engendrera un véritable bouleversement dans la conception et l'approche des soins, méprisant tout ce qui avait pu être acquis par les savoirs profanes qui seront dénommés *païens* (du païs), condamnant particulièrement toutes les pratiques du corps, tous les soins réclamant l'approche sensorielle de l'olfaction, du toucher : les sens seront appelés « les portes de la mort¹² ».

« *Toute science construite à partir des données concrètes est donc fallacieuse puisque la sensation ne révèle pas les principes généraux*¹³ », conception dont s'inspirera constamment la démarche scientifique rationalisante.

La diffusion de la doctrine chrétienne fit de la maladie l'expression de la justice d'un Dieu « infiniment bon », tandis que l'étude et l'exercice de la médecine se voient interdits, y compris pour les prêtres et les moines (Synode de Laodicée en 366, Traité de Latran en 1125, pour ne citer que les plus connus). Les pratiques de guérison — en particulier si elles s'avéraient fructueuses — ne pouvaient être que le fait du démon. Surtout si elles étaient exercées par des femmes, même avec de bonnes intentions, elles ne pouvaient être que l'ennemi de Dieu¹⁴.

L'aboutissement de cet obscurantisme trouve sa forme d'expression la plus ultime durant quatre siècles, lors de la grande répression de la sorcellerie, dont l'apogée se situe aux seizième et dix-septième siècles. Cette volonté de vaincre le *Malleus maleficarum* (le mal dépassant tous les maux), cette lèpre démoniaque, réduisit au silence les médecines profanes, faisant taire leur créativité. Les connaissances issues de ces médecines devinrent occultes, cachées, se perpétuant à bas bruit dans tout le milieu rural, entachées d'incantations chrétiennes¹⁵. Ce sera Michelet qui, le premier, déchirera le voile de l'oubli avec la publication fracassante de *La Sorcière*¹⁶, mais les sagesses inspirant ces pratiques soignantes resteront

sans écho jusqu'à leur résurgence sous le pseudonyme de *médecines parallèles*.

Durant cette lutte contre la sorcellerie, les hommes d'Église permettent à la médecine officielle de s'affermir dans les écoles de médecine dont l'idéologie n'a pu que se dégager de l'empreinte chrétienne du *contemptus mundi* : mépris de la vie, corruption du corps. La médecine prendra le corps comme objet d'étude **en ignorant le vécu du corps** : « *Corps dont ni la souffrance, ni la mort ne seront prises en compte, encore moins la jouissance, mais seulement la pure corporalité*¹⁷ ».

Avec les prémices de l'idéologie scientifique, « *Le corps malade sera abandonné à son aventure solitaire, laissé seul devant l'angoisse de la mort*¹⁸ ».

LA CRÉATIVITÉ RENIÉE

En bouleversant les valeurs traditionnelles des pratiques soignantes, reconnaissant le corps sexué et sensible comme expression de l'être total, l'affirmation de la conception chrétienne des soins substitue les veuves, puis les femmes consacrées, à l'image référente reconnue de la Saga, la Vieille Femme, la Guérisseuse. Il faudra attendre le treizième siècle pour voir les grands ordres des Religieuses Hospitalières prendre leur essor, à la veille de la Chasse aux Sorcières.

C'est dans les murs des hôpitaux généraux que se transformera radicalement la conception des soins devenant le modèle social institutionnalisé et légitimé des pratiques soignantes des femmes.

A priori le mépris du corps aurait dû éloigner les femmes consacrées des soins qui, eux, ne peuvent être médiatisés que par le corps de chair, le corps sexué. Les soins au corps demeurent toutefois possibles parce qu'ils sont le support des *soins spirituels*. Les soins spirituels deviennent la raison d'être des soins au corps, ils en sont la finalité.

La finalité des soins devenant essentiellement spirituelle, l'approche des soins sera transformée. On assiste à *une distanciation de plus en plus grande du corps*, le corps de celles qui soignent n'étant plus le véhicule des soins mais leur âme, leur charité.

Le discours, l'exhortation, professant ce qui est bon ou mauvais pour le salut de l'âme, se substitueront aux soins concrets et pratiques, à ces soins qui réclament le contact direct des mains et du toucher. Ces soins-là seront de plus en plus confiés au personnel subalterne, tout en ne lui

permettant pas d'utiliser les savoirs profanes qu'il a acquis par expérience. On peut encore s'en rendre compte aujourd'hui.

Par ailleurs, l'obligation faite aux femmes consacrées de *sauver l'intégrité de leur corps par la pureté et la chasteté les excluent de l'ensemble des pratiques et des rites de la fécondité*. Les pratiques de soins aux femmes enceintes, l'accompagnement de l'accouchement, les soins aux nouveau-nés demeurent entre les mains des Femmes-qui-aident, des Sages-Femmes non médicalisées jusqu'à la fin du dix-huitième siècle. Elles-mêmes, avec la médicalisation qui leur est imposée par les écoles de médecine, perdront une grande partie de leurs savoirs.

La rupture avec les soins centrés sur la fécondité exclut des institutions soignantes **les soins de stimulation**, les soins valorisant l'image du corps, les soins conviant le plaisir, ainsi que l'expression des émotions et le côté ludique des soins.

Les soins ne s'adressent plus qu'à ceux dont le corps est souffrant, aux misérables et aux nécessiteux. **La souffrance et même la mortification du corps** prennent une valeur positive pour obtenir le salut de l'âme¹⁹. En participant à la rédemption du mal et de la souffrance les *soins prennent une valeur expiatoire*. Ceci peut aller jusqu'à considérer la souffrance comme un mal nécessaire.

Soutenue par la prière, la ligne de conduite des femmes consacrées se projette entre les deux pôles d'un même axe : obéir — servir, la soumission permettant le service. Servir les pauvres, les misérables et les nécessiteux est l'objet du service, mais c'est aussi : rester pauvre avec eux. Pauvreté matérielle, mais également et peut-être davantage encore, *pauvreté du savoir, pauvreté du développement personnel*, puisque *soigner réclame d'abord de faire abstraction de soi, de n'être rien*.

Toute source de connaissance, autre que ce qui est prescrit par la règle, **est jugée pernicieuse** ou portant atteinte à la pureté de l'esprit. Elle est donc prohibée. Tout questionnement, toute curiosité sont proscrits. Toutes lectures autres que les lectures pieuses sont interdites.

Sur cette ligne de conduite d'obéir et de servir favorisée par le double enfermement de la clôture et de l'hôpital, s'édifiera le **rôle** qui servira de base au modèle professionnel. C'est un rôle forgé sur une règle qui régit les comportements les soumettant invariablement à une *relation dominant-dominé*, étouffant toute initiative en imposant un respect immuable pour ceux qui prescrivent, dictent, savent : qu'ils soient prêtres, médecins ou administrateurs. La créativité, lorsqu'elle trouve à s'exprimer, s'exerce au niveau de l'organisation, de l'intendance. Elle est toujours contrôlée. L'absence de créativité pour tous les soins d'entretien de la vie, leur mini-

misation, et la focalisation des soins sur la souffrance a laissé le champ ouvert au développement de toutes les technologies de réparation de la maladie, sans contrepartie. Les conséquences seront extrêmement dommageables pour les personnes soignées comme pour les soignants.

LA CRÉATIVITÉ DÉNIÉE, CONTENUE, ÉTOUFFÉE

Le mouvement de professionnalisation infirmière, commencé en France dès 1877, s'amorce par la formation jugée nécessaire pour le personnel des institutions sanitaires, en raison des transformations religieuses, sociales, technologiques et économiques que connaît l'hôpital. Ce besoin en formation n'incitera pas à questionner la pratique des soins aux malades autrement que dans l'optique médicale.

La conception des soins demeure fidèlement attachée à celle transmise par les femmes consacrées, tandis qu'elle se dote d'une dimension technique. Ces deux composantes aboutissent non à la détermination d'une pratique, mais d'un rôle à deux facettes : le rôle moral et le rôle technique. Toute manifestation de créativité devra se chercher dans l'enchevêtrement de ces deux rôles mais, comme on peut l'imaginer, elle sera constamment limitée par l'un ou l'autre de ces rôles. **Le rôle de l'infirmière est là pour déterminer la place sociale** assignée à l'infirmière dans l'institution hospitalière, de même que dans les autres institutions sanitaires comme ce fut le cas pour les infirmières visiteuses. Place de dépendance et d'exécution qu'il ne s'agira pas de contrevenir par des initiatives relevant d'un savoir propre. L'évolution du mouvement professionnel se fera sous la vigilance attentive de ceux qui ne cesseront d'en maîtriser l'orientation : l'Église, les médecins, l'institution hospitalière, soit directement, soit par l'entremise des leaders des associations. Associations catholiques comme l'UNCASH et l'UCSS qui reçoivent toutes leurs directives de l'Église, association laïque comme l'ANIDEF qui s'efforcera de composer avec les autorités civiles et religieuses.

Avec l'instauration du *rôle de l'infirmière*, la créativité devra s'affronter à trois impératifs :

- servir le malade,
- servir le médecin,
- servir l'institution hospitalière.

Servir le malade restera le vecteur idéologique des soins, mais avec ce qui deviendra son corrolaire immédiat : *servir le médecin*. C'est là une

préoccupation majeure pour le Dr Bourneville lorsqu'il préconise et met en place une formation pour les infirmières et infirmiers de l'Assistance publique de Paris :

L'esprit général qui doit dominer tous les actes de l'infirmière est **un esprit de subordination absolue aux ordres du médecin**. Elle ne doit jamais se permettre de rien changer aux prescriptions, ni les changer, ni les exécuter en partie. Elle pourra, elle devra même demander au médecin toutes les explications qu'elle jugera nécessaires, car pour exécuter convenablement un ordre, il faut d'abord l'avoir compris... L'infirmière doit être l'auxiliaire utile et intelligente du médecin²⁰.

C'est aussi le rappel constant de l'Église dont la séparation avec l'État n'altère en rien les directives.

Le rôle de l'infirmière est d'appliquer le traitement du médecin au jour de celui-ci, à son heure, à son lieu, à son degré de chaleur ou de froid ; sous la forme prescrite ; dans les circonstances prescrites. L'infirmière près du malade est l'œil, le bras, la main du médecin. Les prescriptions du médecin, rien que les prescriptions du médecin tel est son *alpha* et son *oméga*²¹.

Léonie Chaptal essaiera de concilier l'un et l'autre, mais à la faveur très nette du médecin, ainsi qu'elle l'exprime dans son rapport présenté au Comité National de l'Enfance en 1926 : « *L'infirmière doit surtout connaître le malade, son milieu, soigner le mal, en prévenir l'extension* », puis elle continue :

Elle doit par une connaissance appropriée de l'être qui souffre et de la maladie en elle-même constituer ***l'instrument parfait qui a pour fonction principale de se tenir à portée de la main du médecin. C'est celui-ci qui doit de cet instrument docile faire l'usage voulu***. Et ainsi il ne peut se produire entre l'infirmière et le médecin de ces conflits qui ne doivent jamais exister : ***l'art de l'infirmière n'est que d'exécuter ce que décide la science du médecin***²².

Les textes sont innombrables, tant dans la presse confessionnelle que dans la presse médicale et la littérature écrite par les infirmières elles-mêmes, pour rappeler invariablement que l'infirmière est un agent d'exécution du médecin et de l'institution, au service du malade.

Ceci se traduit constamment par un double message que l'infirmière doit apprendre à décoder pour rester dans son rôle :

— « *Soyez instruites* », mais seulement de telle ou telle connaissance.

— « *Soyez imaginatives* », mais seulement dans telle ou telle circonstance ; veillez à vous développer vous-même, mais seulement « *pour retrouver votre âme* ».

— « *Soyez aptes à prendre des responsabilités, mais seulement pour assurer ce que d'autres vous ont ordonné puisque vous êtes le prolongement de leur action* » conseille Léonie Chaptal.

Toutefois, une personne osa s'affranchir du modèle façonné par l'Église, les médecins et l'institution hospitalière. Ce fut Anna Hamilton. Au cours de ses études de médecine faites à la Faculté de médecine de Marseille, elle découvre la carence des soins dans les hôpitaux, carence qui limite les progrès de la médecine. Soucieuse de découvrir l'approche des soins autres que les traitements médicaux, elle se propose de rechercher en France et à l'étranger comment sont donnés les soins aux malades. Elle ose soutenir une thèse de médecine sur ce sujet à la faculté de médecine de Montpellier (1900), thèse qu'elle intitule « *Du rôle de la femme dans les hôpitaux* », ce qui lui vaut la colère de son président de thèse qui l'oblige à modifier son titre qui deviendra « *Considérations sur les infirmières des hôpitaux* ». Elle y décrit ce qu'elle a constaté : la pauvreté des soins confiés au personnel subalterne.

Par son milieu familial Anna Hamilton avait entendu parler de la réforme des soins faites dans les hôpitaux anglais à partir de la publication des **Notes on nursing**. Lorsqu'en 1901, lui fut confiée la Maison de santé protestante, elle s'en inspire pour transformer l'exercice des soins aux malades, tant à l'hôpital qu'en dispensaire.

Outre les soins médicaux prescrits par le médecin, Anna Hamilton associe, comme un domaine propre du champ de compétence infirmière, tous les soins qui peuvent stimuler le malade à retrouver goût à la vie, et à l'aider à compenser les troubles procurés par la maladie. **Elle réintroduit les soins de stimulation** visant à mobiliser les forces du malade. **Pour elle, ces soins font l'objet de la décision infirmière.**

Cette philosophie des soins inspirera la formation de l'École de gardes-malades hospitalières de Bordeaux, formation les préparant à prendre la direction du service infirmier dans les hôpitaux. Le courage et la ténacité d'Anna Hamilton lui permettent de voir aboutir son projet de création de postes de directrices du service infirmier : avant 1914, de nombreux hôpitaux des régions d'Aquitaine et de Midi-Pyrénées, ainsi que de plusieurs villes de France (Lorient, Reims) seront dotés de ces postes tenus par des anciennes élèves de l'École Florence Nightingale de Bagatelle.

Les lendemains de la première guerre mondiale ne permirent pas de conforter ces réalisations. L'approche des soins infirmiers développée en France par Anna Hamilton ne trouve guère d'écho, et encore moins l'adhésion des différents groupements professionnels et de leurs leaders qui la tiennent à distance. Malgré le soutien de l'étranger, cet isolement ne permettra pas que les objectifs atteints par l'œuvre créatrice d'Anna Hamilton soient durables et que leurs effets se propagent à l'ensemble du mouvement de professionnalisation, aussi est-ce autour du *rôle technique* que la créativité professionnelle cherchera à s'affirmer et à se prouver.

Ne pouvant accéder qu'aux seules connaissances médicales pour étayer un savoir professionnel, et subordonnées à l'exécution de tâches médicales, les infirmières-auxiliaires du médecin chercheront à prouver leurs capacités en élargissant le champ de leur compétence technique. **Les théories sur l'asepsie et l'organisation scientifique du travail** leur en donnent l'occasion. Toute la créativité tend à s'exprimer autour du traitement, de la surveillance et du contrôle de la maladie, seul domaine de compétence reconnu et valorisé, tous les soins non techniques relevant du rôle moral sont, par là même, considérés comme allant de soi, et ne requérant pas de connaissances.

Comme l'a si bien montré Anne-Marie Prévost, en apprenant à appliquer les principes de l'asepsie, l'infirmière transforme la représentation de ce qui est la raison d'être de sa pratique. Cette pratique se construit à partir d'une vision objective du corps du malade qui devient celui de la maladie, c'est un corps objet de soin, non le corps de l'autre en relation avec soi.

Cette représentation soude l'exercice infirmier à l'exercice médical, malgré toutes les idéologies qui s'en défendent.

C'est ce partage d'une même représentation du corps qui conditionne pour le médecin la possibilité d'avoir une collaboratrice éclairée, une auxiliaire. **Une approche différente entraînerait à brève échéance un divorce entre la pratique médicale et la pratique infirmière²³.**

Dans cette optique, les soins de toilette, les repas, ainsi que l'entretien des locaux seront perçus comme des tâches repensées à partir de préceptes largement inspirés de la pensée pastorienne. Elles se fondent sur les règles de l'asepsie autoritairement prescrites en vertu de leur valeur scientifique, ne tolérant aucune transgression, prenant l'allure de règles morales²⁴.

Les principes de l'asepsie et l'organisation rationnelle du travail donneront une assise théorique à la formation, faisant naître ultérieurement l'aspiration à une démarche scientifique, tandis que la créativité ne verra

pas d'autres voies pour s'exprimer qu'en faisant preuve de l'excellence de capacités techniques. Toute créativité s'essayant autour des soins de confort, de bien-être, des soins de stimulation, se verra marginalisée, non reconnue comme procédant d'une démarche professionnelle, mise à part l'exhortation du devoir moral. L'initiative et la créativité seront le plus souvent objet de réprobation, quand ce n'est pas de condamnation, faisant sortir l'infirmière du *rôle prescrit*, donc de la *place sociale qui lui est assignée*.

LA CRÉATIVITÉ EN RECHERCHE D'EXPRESSION ET DE FORMES DE RÉALISATION

Depuis les années 1965-1968, des voies nouvelles se sont ouvertes à la profession infirmière incitant un espoir de créativité pouvant s'affermir en création, visant à identifier les soins infirmiers, objet de l'exercice professionnel.

La reconnaissance d'une formation universitaire spécifique, l'enrichissement des sciences humaines pour appréhender la compréhension des soins et l'impact des institutions, les Accords européens d'octobre 1967 sur l'instruction et la formation des infirmières servant d'assise à de nouveaux programmes de formation de base, la création d'une formation cadre en soins infirmiers de santé publique, les modifications juridiques apportées à la définition législative de la profession et à ses modalités d'exercice, la création du statut d'infirmières générales et de conseillères pédagogiques, offrent des perspectives nouvelles à la profession infirmière. Mais qu'adviendra-t-il de ces possibilités par rapport à l'enjeu professionnel : **les soins infirmiers** ?

L'enjeu de la créativité des soins se trouve aujourd'hui au carrefour d'une grande complexité dont je ne pourrai évoquer ici que quelques grands aspects.

— L'acquisition de connaissances élargies par l'accès à l'université ouvre de nouvelles voies à la créativité, mais comment éviter de creuser le fossé entre les *savoirs profanes des usagers de soins*, et celui des *soignants*, entre les *savoirs empiriques des praticiens* et les *savoirs théoriques des enseignants*. Comment être attentif à de nouvelles formations universitaires, où la formation théorique sera dominante, sans la nécessaire confrontation à une pratique professionnelle appréhendée dans ses manifestations quotidiennes ?

— Comment rendre la recherche accessible aux soignants des services en évitant de s'égarer dans l'illusion de la recherche sérielle ? La quantification, la routine numérique n'abritent pas des préjugés d'interprétation. Sous prétexte d'objectivation totale, la distance tend à se creuser avec la réalité du terrain, ou à négliger un questionnement puisant à des racines plus profondes permettant la prise de conscience d'enjeux professionnels et institutionnels.

Comment retrouver :

quels sont les liens ou, au contraire les points de rupture entre le scientifique et le quotidien dans les façons d'aborder les choses ? Les façons dominantes de morceler la réalité pénètrent toutes les fibres de la société actuelle et servent à renforcer les groupes dominants à tous les échelons²⁵.

Il importe de trouver des voies de créativité qui rendent aux soignants les clés de leur travail par des approches simples d'une recherche-action dont ils seront les acteurs, leur permettant de s'interroger sur ce qu'ils cherchent et de rendre possible au niveau du terrain l'imbrication entre action et connaissances²⁶.

— Comment ne pas tomber dans l'illusion d'une approche des soins soumise à l'utilisation, voire l'imposition d'un *modèle unique*, dit *scientifique*, ce modèle aboutissant non pas à la capacité personnelle de comprendre des situations de soins, et à partir d'elles d'élaborer des projets de soins, mais devenant l'application d'un système de pensée forgeant des attitudes, tant du côté des soignants que des soignés ? Aucun système pré-organisé ne peut permettre l'appréhension des soins infirmiers, si ce n'est de nous enfermer à nouveau dans une restructuration plus élaborée et plus modernisée du modèle à imiter. Par contre, il me semble que, s'il faut parler de *modèle* nous pourrions nous inspirer de la conception dynamique du modèle que Claude Lévi-Strauss a conçu en anthropologie structurale, ce modèle jamais construit, mais dont le chercheur découvre la configuration, façonne la structure à partir de la combinaison de quelques éléments fondamentaux. C'est après avoir identifié que le *cru*, le *cuit* et le *pourri* étaient trois caractéristiques-clés autour desquelles peuvent se structurer toute l'alimentation et les repas dans toute société que Lévi-Strauss les retient comme éléments référents fondamentaux lui permettant de décoder une infinie variété de pratiques alimentaires²⁷. Le modèle est représenté par des éléments non structurés dont il faut constamment apprendre à saisir l'interrelation et la dynamique.

De la même façon, s'il y a modèle, les soins infirmiers ne peuvent être appréhendés que par un modèle ayant retenu trois à quatre éléments, trois à quatre pôles fondamentaux parce que toujours présents dans toute situation de soins. Ces pôles m'apparaissent être : ce qui se rattache à *la personne et son histoire*, ce qui se rattache à *sa maladie et les atteintes* qu'elle entraîne, ce qui se rattache à *son entourage social et son environnement*. C'est au carrefour de ces trois axes que se structure toute la compréhension d'une situation de soins. Cette compréhension requiert un acte d'intelligence total engageant à la fois la prise en compte des sentiments et la construction mentale de ce que l'on découvre à l'aide de connaissances. Il ne s'agit pas ici de méthodologie mais de *méthode*, c'est-à-dire cette façon de *découvrir le chemin, la voie*, en s'aidant de repères qui aident à penser par soi-même, ce qui est si souvent refusé aux infirmières encore sous l'emprise massive d'outils forgeant le prêt-à-penser²⁸.

— Comment faire face à la nécessité de comprendre et d'appréhender les soins de façon créative en ayant **une vue d'ensemble des situations, afin de pouvoir élaborer un projet de soins partagé avec les soignés** sans dénoncer des formes d'organisation et d'exercice professionnel qui brise toute créativité par la *morcellisation du travail en tâches et la multiplication accrue des strates d'auxiliaires sanitaires* de tous genres s'ajoutant à celles existantes comme le débordement d'aides-soignantes dans le secteur extra-hospitalier alors qu'il existait les aides-ménagères et que bon nombre de travailleuses familiales cherchent du travail. Apparition d'auxiliaires de vie, de visiteurs à domicile (non bénévoles)..., sans parler récemment de la place à faire aux travailleurs d'utilité collective ?

— Comment chercher des voies créatives pour favoriser des regroupements de différentes strates et diminuer le nombre d'intervenants occasionnant l'éclatement du travail accompagné du désintérêt, de la routine et de l'usure, favorisant les rivalités de strates sociales qui brisent tout essor au travail et rendent éphémère toute tentative de création ? **La démarche créatrice des centres de soins** opérée depuis 1970, cherchant à repenser l'approche des soins dans une vision plus large que la seule dispense de traitements ou d'actes d'hygiène suscitant la participation des professionnelles et des usagers, a été, dans la plupart des cas, après l'instauration du décret du 8 mai 1981, une illustration de ce que les infirmières des Centres de Soins ont prouvé de l'apport thérapeutique des soins à domicile (autres que les traitements), s'adressant jusqu'au décret du 8 mai 1981 à toutes les catégories de population, sans discernement d'âge. Aussi, ne peut-on que déplorer que la parution du décret du 8 mai 1981 ait détaché (à des fins politiques et corporatistes au sein de la profession)

les Services de maintien à domicile des personnes âgées (SIDPA et SADAPA) des Centres de Soins qui avaient été les instigateurs du maintien à domicile, non seulement pour les personnes âgées, mais pour toutes personnes requérant des soins longs, tandis que par ailleurs de nouveaux centres de soins ne pouvaient se créer.

— Comment trouver à affermir et à affirmer une approche des soins créatrice et vivifiante sans se perdre dans les arcanes et la complexité des organisations instaurant des structures de toute nature et de tout genre. Ainsi a-t-on vu non seulement se scinder les structures de soins à domicile existantes, mais aussi se reproduire la démultiplication de strates paraprofessionnelles. À l'exemple de l'hôpital, furent introduites les aides-soignantes dans les SIDPA et SADAPA, qui n'étaient aucunement préparées au domicile, tandis que les aides-ménagères qui s'occupaient des personnes âgées depuis 1954 furent exclues du décret créant ces services. Par contre, fleurissaient les organisations et associations d'auxiliaires de vie, de gardes-malades, et autres..., tandis que la pression de plus en plus grande pour limiter le nombre et la durée des hospitalisations a généré des tentatives d'alternatives à l'hospitalisation pour prendre le relais de la « décharge » (*sic*) des malades des hôpitaux, ceci sans que soit étayé un réel service de soins à domicile qui ne saurait être assuré par des distributions de tâches, pas plus qu'il ne peut être à la merci d'infirmières/ers isolés, tel que fonctionnent encore le plus souvent ceux qui pratiquent en exercice libéral. La fragmentation de l'offre du service de soins à domicile en un morcellement de tâches dépourvues d'analyse de situations et par là de finalité soignante rend pratiquement impossible tout projet de soins, et de surcroît rend difficile la coordination de ces tâches, sans parler du préjudice économique que représente une telle dispersion (pour plus de détails, voir p. 351-353).

— Comment éviter l'écueil du *changement* à tout prix, si souvent proposé comme une solution de sauvetage ou une fin en soi ? Comment être attentif à l'illusion de courir les nouveautés au risque de fuir et de perdre ce qui constitue la raison d'être du service infirmier ? Ainsi peuvent faire illusion de créativité des programmes artificiels d'éducation sanitaire favorisés par des subventions, amenant des infirmières à se distancer de leur pratique de soins aux malades et à leur famille, au lieu de partir des constatations faites à partir des situations de soins pour élaborer tel ou tel projet d'éducation sanitaire et en obtenir le financement.

— Comment apprendre à utiliser cette nouvelle écriture qu'est *l'informatique* en se gardant de toute réduction simplificatrice des soins qui ne rendrait compte que de données sérielles ? Comment prévenir les risques de catégoriser les malades ou les familles comme on a déjà pu en connaî-

tre les méfaits en PMI avec le projet Gamin²⁹ ? Comment discerner les domaines de travail où l'informatique pourra être une aide sans porter préjudice aux personnes, sans enfermer dans le temps la flexibilité et la dynamique de situations vivantes ?

— Comment déployer de la créativité pour apprendre à se servir d'un décret qui, pour la première fois le 12 mai 1981, puis à nouveau le 17 juin 1984, stipule et développe l'objet des soins infirmiers, déterminant le champ de compétence de la fonction infirmière (Art. 1 et 2) ? En assumant cette fonction, comment se préparer aux conflits sociaux et politiques pouvant naître du bouleversement du *rôle* tel qu'il fut imposé, de façon à déterminer la *place sociale* impérativement assignée aux infirmières et infirmiers ? Oser assurer la responsabilité d'une action soignante créatrice exige détermination et courage, ainsi qu'ont eu à le prouver plus d'une infirmière³⁰. Pourtant nombreux sont encore les professionnels qui cherchent à allonger la liste des Actes médicaux infirmiers (AMI) comme on a pu le voir à différentes reprises, en réclamant des modifications du décret d'exercice professionnel rétabli en 1989, ceci aux dépens d'une valorisation des Actes infirmiers de soins (AIS)³⁰.

— Comment user de la créativité pour faire apparaître *les soins invisibles* : ce travail invisible, méconnu, dévalorisé des *soins d'entretien de la vie* ainsi que les *soins d'accompagnement* des malades et de leur famille qu'aucun système économique n'a reconnu comme postulat de tout traitement ? Ces soins demeurent toujours perçus comme subalternes, comme requérant peu de connaissances. Ils sont encore imprégnés des idéologies du rôle moral, de leur passé de gratuité et de bénévolat, ou réduits à des tâches dévalorisées et dévalorisantes tant pour les usagers des soins que pour les soignants. Pourtant, ces soins sont la pierre angulaire de l'exercice professionnel infirmier, il importe à la profession d'en prendre conscience si elle veut affermir son identité et demeurer.

Faire reconnaître la valorisation sociale et économique de ces soins exige que nous développons nos capacités d'élaborer, d'expliquer et d'argumenter des projets de soins individualisés, pouvant faire l'objet de forfaits individuels, prenant en compte à la fois les atteintes fonctionnelles et psycho-affectives à compenser ainsi que les ressources sociales, économiques de la personne. Ceci requiert que nous justifions dans les coûts des soins d'un *temps de réflexion indispensable* qui, jusqu'à présent, n'est jamais pris en compte pour la cotation des AMI, pas plus que pour la dotation en personnel, puisque le financement de l'exercice professionnel se fait sur la base du calcul d'une accumulation d'actes sériels pour les soins à domicile et d'un nombre de lits pour l'hôpital.

— Il me semble enfin que pour trouver à se réaliser et aboutir à une œuvre de création durable, la créativité professionnelle ne peut s'exercer dans l'isolement des soignants vis-à-vis du *public*. Que ce soit au sein des institutions de soins ou par les médias, il m'apparaît indispensable que les usagers des soins se sentent concernés par l'offre du service de santé et de soins qui leur est faite, qu'ils la questionnent et fassent des propositions à partir de leur expérience et de leurs connaissances. L'avenir de la reconnaissance de l'exercice professionnel, non rivé à une simple exécution de traitements et à des actes sériels, ne peut se faire sans les usagers des soins. Cela exige d'étudier avec eux une orientation des soins et des moyens cohérents pour assurer des soins créatifs, porteurs de vie. Ces soins, les usagers des soins les réclament, les attendent, mais ne sont pas prêts à en reconnaître le prix, n'ayant placé leur confiance que dans les traitements médicaux, alors qu'ils considèrent comme allant de soi ou comme un dû les soins indispensables à la vie quotidienne qu'ils relèguent encore à des obligations domestiques dépourvues de valeur thérapeutique.

En proposant cette fresque, j'ai voulu faire sortir de l'oubli les influences dominantes³¹ qui continuent à agir avec persistance sur l'évolution de la profession infirmière sans qu'elles soient pour autant perçues et conscientisées.

« *La créativité, un défi dans l'histoire de la profession infirmière* » demeure un dilemme tout aussi actuel aujourd'hui qu'hier. Pour y faire face, il me semble indispensable de comprendre les grands courants socio-culturels et économiques dominants qui continuent à réguler tout le jeu des savoirs et des pouvoirs, ainsi que la place sociale assignée aux femmes infirmières, et par là aux hommes qui ont choisi d'exercer ce métier.

Aujourd'hui comme hier, la créativité à laquelle nous sommes confrontés est de **prendre le risque de redécouvrir une approche des soins osant prendre en compte les grandes interrogations de la vie et de la mort**, en réassociant à la pratique des soins la compréhension des symboles culturels *des grands rites de passage*, resituant aussi la maladie comme un événement de la vie. Ces interrogations exigent de prendre le risque de faire se rapprocher *les savoirs quotidiens et les savoirs écrits*, d'oser prendre en compte le vécu du corps, les émotions, les capacités de pensée, car les soins requièrent un acte d'intelligence totale.

Créer des soins porteurs de vie, qui favorisent et développent les possibilités d'exister tant celles des usagers des soins que celles des soignants, est un défi à l'existence même de la profession infirmière.

DÉBAT*

— *Le morcellement dans la profession est inquiétant mais c'est la mentalité des médecins qu'il faudrait changer. À l'hôpital où je travaille, le malade demande avis de la psychologue pour ce qui concerne directement la stimulation, ou appelle le kiné. Pour les soins de nursing, c'est l'aide-soignant. Pour prendre en compte une réinsertion, on demande l'aide de l'ergothérapeute. Etc. Etc. Pour le médecin, jeune pourtant, l'infirmière fait les injections et les pansements. N'y aurait-il pas quelque chose à faire au niveau des études de médecine ?*

— On pense qu'il faut toujours que ce soit l'autre qui change... Si l'autre s'améliore, si l'autre a changé, cela va enfin aller pour moi... mais ce n'est pas possible... C'est à partir du moment où **nous**, nous transformons notre pratique en la resituant dans un projet plus large qui n'a rien à voir avec une série de tâches que nous pouvons situer l'objet de notre travail vis-à-vis des médecins. Ceci demande de prendre les médecins comme partenaires et de leur montrer l'intérêt de faire autrement en justifiant pourquoi. C'est cela être partenaire.

Ne pas avoir peur de devenir partenaire sociale du médecin, c'est là une transformation difficile compte tenu de l'imprécision de notre fonction soignante et de l'assignation du rôle d'exécutante qui nous a été imparti. Se situer comme partenaire suppose que l'on base ce que l'on propose sur une analyse de la situation, celle-ci n'étant pas une addition de tâches. C'est chercher autour de quoi va se construire un projet même s'il y a plusieurs personnes concernées, mais il est évident que plus il y a de personnes autour d'une même situation de soins, plus il est difficile d'en saisir le fil conducteur car il n'y a plus que des bribes d'information. Le travail à l'hôpital, comme celui en secteur extra-hospitalier, est exactement de même nature que le travail à la chaîne dans les usines, c'est-à-dire que chacun occupe une place pour assurer tel acte. Mais quelle vue d'ensemble y a-t-il pour l'assurer ?

Pour saisir la compréhension d'une situation de soins, il faut qu'il y ait quelqu'un au niveau de l'unité soignante qui favorise le regroupement d'informations afin de savoir autour de quoi il y a nécessité de soins, et quel genre de soins, mais aussi afin de justifier le pourquoi de ces soins. Qu'est-ce qu'on veut atteindre en faisant tels ou tels soins, qu'ils soient soins d'entretien de la vie ou soins de réparation ? On cherche quoi ?

À partir du moment où les infirmières changent leur pratique en initiant avec les patients des projets de soins, elles sont amenées à se situer différemment vis-à-vis des médecins, mais notre passé social ne nous a pas préparées à nous situer comme partenaires et à vivre des situations conflictuelles en apprenant à les négocier, à concilier des aspects, des points de vue qui, tout en étant différents et en paraissant s'opposer, sont complémentaires.

Nous avons à transformer notre appréhension vis-à-vis du médecin et à nous percevoir comme apportant une optique complémentaire en sachant utiliser avec lui l'apport de la différence.

— *Vous avez parlé des risques d'intellectualisation et, en même temps, de la nécessité d'un développement du savoir chez les infirmières. Je suis tout à fait d'accord. Malheureusement, chaque fois que je rencontre des professionnels infirmiers qui ont fait ou qui font des études sociales, économiques ou de sciences de l'éducation, il se trouve que leur engagement professionnel, pratique, est lié à des nécessités.*

* Il a paru intéressant de garder la publication du débat qui a suivi entre les participants et l'auteur, en raison des questions soulevées qui sont toujours d'actualité.

— C'est une remarque tout à fait réelle et tout à fait juste qui, en ce moment, pose des questions aux possibilités qui nous sont données d'enraciner une création dans la profession infirmière. Est-ce que les personnes qui vont chercher des connaissances à l'université, connaissances qui pourraient enrichir une pratique professionnelle, sont prêtes à la réinsérer au niveau de leur pratique professionnelle ? Est-ce qu'elles vont utiliser ces connaissances pour essayer de voir ce qu'elles peuvent transformer, quel éclairage nouveau vont-elles apporter aux soins ? Cela veut dire qu'elles confrontent ces nouvelles connaissances à l'exercice professionnel. Cela suppose de participer à l'analyse de situations de soins **en se resituant comme infirmière soignante avec des infirmières de service** où il devient possible de voir comment, à l'éclairage d'autres représentations du monde, des connaissances peuvent élargir notre compréhension des situations, et nous permettre de découvrir les liens existant entre des aspects auxquels on n'aurait pas pensé. Si les informations puisées dans d'autres disciplines ne sont pas utilisées dans la pratique et ne s'y confrontent pas, on prend des voies parallèles, d'ailleurs avec tout l'inconfort que cela représente... Un exemple en est des études de sociologie qui serviront à enseigner des rudiments de sociologie en école de base, sans avoir essayé d'analyser en situation les effets d'une pratique soignante partant du malade et de son entourage et ses conséquences sur les rapports engagés par les différents partenaires sociaux au sein de l'institution hospitalière.

À quoi sert-il d'enseigner quelque chose qu'on n'a pas soi-même essayé d'utiliser, ou de puiser à de nouvelles sources de connaissances sans les ajuster à sa propre pratique ? Les grandes disciplines s'inspirent les unes des autres : les anthropologues s'inspirent de l'Histoire... sans l'anthropologie il n'y aurait pas eu le renouveau de la Nouvelle Histoire qui a tant fait progresser la recherche en histoire, mais l'anthropologie s'inspire aussi de la psychiatrie dont elle s'enrichit et qu'elle enrichit (ethnopsychiatrie).

De la même façon, ce qui part de la physique des quanta, toutes les nouvelles découvertes de la relativité ont permis de comprendre qu'il n'y a pas de science exacte et d'autre part que tout est en inter-relation, ce qui a été le support de la théorie des systèmes.

Tout nouvel apport de connaissances n'est utilisable que s'il s'enracine dans le champ de la pratique, le champ d'exercice pour en permettre une compréhension du sens à partir d'une synthèse propre à cet exercice. Pour la profession infirmière l'aboutissement de cette synthèse est le **projet de soins** propre à chaque situation en prenant en compte les moyens indispensables de travail pour le réaliser, c'est-à-dire en confrontant ce projet à la dynamique de la relation entre les acteurs (infirmières, médecins, agents hospitaliers, administrateurs). C'est donc à nous, si nous faisons des études dans d'autres domaines, de véritablement chercher en même temps à confronter ces nouvelles connaissances en les utilisant dans notre pratique professionnelle.

— *Je trouve que vous avez l'art de remettre « les pendules à l'heure » (c'est ce que j'ai apprécié, entre autres, dans votre livre). Se « méfier » des illusions, des croyances (mais n'y a-t-il rien de plus tenace qu'une illusion ? C'est bien confortable...)*

Est-ce un comportement (ce mot est à la mode) qui va dans le sens de la créativité ?

Je donnerai pour exemple l'illusion de tout résoudre avec le dossier de soins, les grilles de recueil d'informations, etc.

— Oui, ce n'est pas l'introduction d'un outil qui changera les pratiques de soins en soi. L'introduction d'outils de recueil d'informations tel le dossier de soins peut être tout à fait illusoire si ce n'est pas l'aboutissement d'un travail de réflexion avec les soignants à partir des situations de soins qu'ils rencontrent. Faire passer les soignants d'une expression de leur travail autour de tâches prescrites à organiser, émaillée de parcelles d'informations anecdotiques et souvent catégorisantes, à l'expression d'une

analyse construite à partir de ce qu'ils découvrent d'une situation en apprenant à organiser l'information autour d'axes qui permettent d'en faire une lecture significative, requiert tout un apprentissage de construction de la pensée, d'analyse des impressions. Passer d'une pratique sans support écrit, autre que la consignation de tâches, requiert de franchir des étapes d'élaboration de projets de soins prenant en compte la compréhension de situations à partir de la diversité d'informations en apprenant à les organiser à l'aide de supports visuels, et à nommer explicitement ce que l'on en apprend, pour ensuite le faire apparaître dans un dossier. Le dossier est inutilisable s'il est la somme d'informations éparses, sans lien entre elles. Il devient utilisable lorsqu'il fait apparaître la nature des problèmes de nature physique, affective, économique et sociale, servant de fil conducteur pour élaborer et réajuster le projet de soins.

Le dossier peut être un carcan, alourdissant l'action des soignants, ou la réduisant à des plans stéréotypés, ou au contraire il peut être une stimulation pour les soignants, leur permettant de constater l'évolution de leur action, en fonction de ce qui est à prendre en compte. Ainsi ce Monsieur qui allait subir une laryngectomie dont le plus grand souci n'était pas l'intervention elle-même, mais l'angoisse de perdre la voix et l'anxiété de retrouver les possibilités de reparler, alors que son métier l'obligeait à parler beaucoup. Cette information était l'une des clés majeures du projet de soins à faire apparaître sur le dossier.

Le dossier est le reflet même de l'expression de la créativité engagée dans l'action soignante.

— *Que pensez-vous de l'implantation de modèles en soins infirmiers ? Et pourquoi ?*

— J'y ai fait allusion tout à l'heure (voir plus haut), mais s'il faut entendre par « implantation de modèles » ce qui nous vient des États-Unis et du Canada ; ce qui est dommageable ce n'est pas d'avoir connaissance de courants de pensée développés dans ce pays (ou d'autres...), mais c'est de réduire ces courants à leur plus simple expression sans les resituer dans leur histoire, dans leur évolution, en faisant abstraction des différentes sources de connaissances où ils ont puisé à une époque donnée et sans resituer la façon dont certaines infirmières américaines ont cherché à éclairer de connaissances ce qu'elles ont d'abord appelé « **les fondements des soins infirmiers** » (*fundamentals of nursing*). Cette réduction engendre un système de pensée pré-organisé, pré-construit qui, tout en s'honorant de « scientifique », n'a rien à voir avec **une approche scientifique**, qui, elle, **se fait par tâtonnements, essais et erreurs** autour de repères dont il est nécessaire de découvrir l'existence, la façon dont ils se manifestent dans chaque situation, et leurs inter-relations pour comprendre **le signifié** de la situation.

Toute l'approche de Virginia Henderson a été d'éclairer son travail de clinicienne en rapprochant ce qu'elle avait constaté à partir des situations de soins** des connaissances de son époque puisées aux sources de la psychologie, mettant en évidence la « notion de besoins ». Mais ce qu'on ignore le plus souvent c'est combien elle s'inspira de l'approche phénoménologique, mettant en évidence la compréhension **du phénomène**, et particulièrement **le Phénomène Humain**, ce phénomène humain dont la parution de l'ouvrage de Pierre Teilhard de Chardin, en 1951, venait de faire apparaître les dimensions.

Reliant son expérience de clinicienne à ces diverses sources de connaissances elle publie *Les Principes fondamentaux des soins infirmiers* qui, isolés de leurs sources d'inspiration, prirent une forme de catéchisme, réduisant le champ de variation de certaines connaissances pouvant servir aux soins, à une liste de besoins à utiliser de façon linéaire et systématique. Cela n'a plus aucun sens, même si cette liste se réclame

Ce qu'elle avait découvert par **observation, ce qui est l'amorce de toute recherche.

de Virginia Henderson, c'est une schématisation abusive qui, à la limite, biffe tout ce qu'elle a cherché à faire apparaître pour aborder des situations de soins, en apprenant à découvrir tel ou tel besoin à compenser en fonction de la nature de la maladie, ou du handicap, comme elle l'a montré dans *Nature of nursing*.

Nous nous trouvons enfermés à l'heure actuelle dans des systèmes clos, qu'ils soient de l'ordre du **cadre conceptuel**, de la **théorie à appliquer**, des nombreuses **grilles** de recueil de données, ou du **modèle conceptuel**, qui sont ce que j'appellerai du « **prêt-à-penser** ».

Comme le rappelait Hildegard Peplau lors de son passage en France en 1984, il est nécessaire « d'identifier le ou les problèmes avant d'agir », et, pour ce faire, d'apprendre à regarder, d'apprendre à écouter pour ensuite éclairer ce que l'on a constaté à l'aide de différentes connaissances, ou théories*** — l'utilisation de telle ou telle connaissance demandant un discernement à partir de ce que l'on a constaté. Ces connaissances éclairent la situation pour découvrir le **sens**, c'est-à-dire la **signification** et l'**orientation** de l'action à entreprendre.

Une chose est d'appliquer une théorie, autre chose est **d'être capable de théoriser**, c'est-à-dire être capable de faire apparaître, de nommer, d'argumenter ce que l'on comprend et de préciser la raison de l'action soignante à l'aide de connaissances.

Chacune, chacun d'entre nous est porteur de sources de théorisation. C'est à nous à théoriser, c'est-à-dire de découvrir à partir de notre pratique des possibilités de comprendre, de savoir reconnaître et d'expliquer des phénomènes vécus dans des situations de soins.

Il y a une illusion de croire que ce sont deux, trois « grandes dames » qui fixent un système théorique de soins. D'ailleurs, elles ne l'ont pas fait. Celles qui ont rencontré Virginia Henderson et Hildegard Peplau ont pu le constater. Vous, comme elles, comme moi, sommes toutes porteuses de possibilité de théoriser, c'est-à-dire **d'expliquer à l'aide de connaissances ce que nous comprenons, et d'expliquer notre action**. Par contre, utiliser une pensée pré-construite, c'est briser la créativité dont chacune, chacun est porteur, et empêcher la contribution unique que chacun peut apporter aux soins infirmiers.

Alors, comment faire pour ne pas réduire les malades à un modèle théorique à appliquer, à un modèle guide... à un modèle imitatif ? Cela exige de questionner la notion même de modèle, et de différencier le **modèle-ligne de conduite**, fût-il appelé « scientifique », le **modèle-guide à penser**, qui, même en ayant fait peau neuve, est tout imprégné des influences du passé du modèle au sens du modélisme aérodynamique, ou au sens de la linguistique et de l'anthropologie structurale tel que l'ont mis en évidence Michel Foucault (*Les Mots et les choses*) et Claude Lévi-Strauss (*L'Anthropologie structurale*). Là, comme je l'ai évoqué tout à l'heure, le modèle n'est pas pré-structuré ni pré-fabriquée dans un **cadre fermé**, mais il reste totalement flexible, permettant de faire apparaître comment se structure une situation autour de pôles, d'axes, dont il faut saisir la dynamique et l'immense souplesse des interactions qui se jouent autour de ces pôles, comme ce fut le cas « *du cru, du cuit et du pourri* » pour comprendre l'immense variété de l'alimentation et des repas dans différentes sociétés. Pour les soins infirmiers, c'est saisir la dynamique des inter-relations se jouant autour des pôles que l'on retrouve dans toutes les situations de soins : ce qui est relié à l'**histoire de vie de la personne**, ce qui se rattache à la **maladie** — handicap — ou diminutions ainsi que les **atteintes** ou **perturbations fonctionnelles** qui leur sont liées, et ce qui est lié à l'**entourage social et l'environnement**. C'est au carrefour de la dynamique qui se tisse entre ces trois pôles que se situe toute l'élucidation de la situation — à l'aide de connaissances très diverses et que s'élabore le projet de soins, projet flexible et réajustable.

***Une théorie est un ensemble de connaissances.

— *Tout au long de votre intervention, vous avez pris comme support et exemple la « toilette » (par rapport à la créativité dans le rôle propre). Est-ce un choix délibéré de votre part ? Et ceci ne correspond-il pas à une image type du rôle propre dans le public et dans la profession ?*

— Si j'ai pris au début cet exemple, ce n'est pas délibéré. Mais, si je l'ai pris ce n'est sûrement pas un hasard... Je me suis rendue compte depuis des années de ce que peuvent représenter les soins et le vécu des soins d'une toilette pour le soigné comme pour le soignant. C'est en fait le rapprochement le plus difficile, car on touche à tout ce qui reste à une personne de son intégrité, tout ce qui lui reste encore de son identité, de ses habitudes de vie les plus intimes, de façons de faire, de ses désirs... par rapport à son corps et à l'image d'elle-même. Qu'est-ce que les façons de sentir et d'aborder son propre corps ? Alors que l'on n'appréhende encore la toilette que comme un acte de propreté, non pas du tout inscrit dans un ensemble d'habitudes de vivre son corps, on pense que c'est l'acte de soins le plus simple à donner à des élèves infirmières. Cela peut être dramatique si la toilette est l'objet d'une tâche simpliste d'hygiène, souvent distribuée en série, ce qui la rend minimisée et minimisante, ou agressive et agressive tant pour le soigné que le soignant. Si la toilette ne part pas d'une interrogation de ce que la personne peut encore faire seule, de ce qu'elle peut faire avec aide, en tenant compte de ses habitudes et de ses croyances, de sa façon de paraître, la toilette peut aller jusqu'à un viol de la personne, ou représenter un acte de « récurage ».

Lorsqu'on s'approche du corps, on entre dans les zones les plus intimes, les plus personnalisées, tandis que le contact du toucher peut être extrêmement difficile à vivre tant pour la personne soignée que le soignant, ou au contraire très convoité, mais pour atteindre quoi ? Pour compenser quoi ?

La toilette n'a de sens que si elle est stimulatrice et mobilisatrice des capacités de vie, y compris par rapport aux soins les plus méprisés car dépréciés et dévalorisés que sont les soins autour de la fonction d'élimination, soins vitaux par excellence. La toilette fait partie le plus souvent des actes de rebut qui masquent le mépris du corps, ou qui entretiennent la dépendance.

— *En terme de créativité, quels sont les moyens que peuvent se donner les infirmières pour **modifier leur image** sociale empreinte d'un lourd passé ?*

— C'est une question immense... Cela demanderait de refaire une conférence !... Le public nous renvoie notre image dominante. Ce n'est pas un hasard qu'on nous ait appelées pendant longtemps « la piqueuse ». Cela veut dire que c'est là le reflet de notre image dominante. Cela ne veut pas dire pour autant que toutes les infirmières ne sont que « des piqueuses », mais le public nous renvoie ce qu'il a capté de la proposition de soins que lui offre le service infirmier dans la plus grande majorité des cas. Cela peut nous interpeller d'autant plus qu'avec cette image le public nous renvoie la nature réelle du service que nous offrons, donc la conception des soins du groupe professionnel représenté par l'image de l'hypertehnicienne de salle de réanimation pour les infirmières hospitalières et « la piqueuse » pour les infirmières de soins à domicile, ou encore mieux « la guêpe » comme l'exprimait une vieille dame en voyant arriver l'infirmière — « *Voilà la guêpe qui arrive* » disait-elle — ; de même que les infirmières puéricultrices sont bien souvent perçues lors de visites systématiques comme des agents de contrôle sanitaire. C'est là une réalité tangible, qu'il est possible de **dénier**, non de **renier**.

Nous portons les stigmates de notre façon d'exercer dans la majorité des cas. Ce n'est pas facile à vivre lorsqu'on cherche une autre approche des soins. C'est la transformation de l'approche des soins et de l'offre de soins qui peut transformer notre image. Ainsi, **apprendre** d'une mère pour chercher avec elle ce qui la préoccupe après son accouchement en rentrant à la maison brise l'image de la « puéricultrice-contrôle », sans toutefois effacer lors des premiers contacts l'image professionnelle dominante.

Notre approche des soins transforme la vision que les gens ont de nous en tant que soignant. Toutefois, nous demeurons porteuses de l'image la plus représentative envoyée par le groupe professionnel, ce qui est difficile à vivre pour les infirmières qui se démarquent de l'image dominante. Cela demande de comprendre l'impact sociologique d'effets sociaux durables qui peuvent heurter les sentiments et les émotions d'infirmières qui ont une autre approche des soins. Comprendre que, même lorsqu'on commence à faire autre chose, les gens ne vont pas du jour au lendemain nous percevoir autrement, aide à mieux vivre l'écart entre l'image professionnelle dominante, et celle d'une autre approche des soins.

La transformation de notre image suppose que nous déstabilisions celle envoyée par les médias audio-visuels et la presse mais, là encore, n'est-ce pas la représentation dominante qui triomphe, mais aussi quelle place est laissée à la différence ?

— Vous avez dit « ... qu'il ne fallait pas laisser des soignants **trop** longtemps près des personnes âgées... »

J'aimerais que vous précisiez pourquoi ? Est-ce un stop à l'expérience pour la créativité ? Pensez-vous que tout ce qui peut être fait dans ce secteur est épuisé ? Ou que cette catégorie d'usagers ne stimule plus la créativité ?

— Je n'ai pas dit « qu'il ne faut pas laisser des soignants trop longtemps avec des personnes âgées ». J'ai dit qu'isoler le service de maintien à domicile des personnes âgées du reste du service des soins à domicile sera au détriment des personnes âgées comme des soignants. On reconstitue à domicile ce qui s'est passé pour les hospices. Il n'est pas possible de soigner durablement pendant des années uniquement des personnes âgées, c'est-à-dire des personnes qui, surtout après 80-85 ans, s'acheminent vers une régression fonctionnelle longue et irréversible, et de pouvoir vivre avec elles, en nombre, tout un ensemble de deuils et de séparations allant de la perte de leurs relations, de leur logement à celle de leur indépendance fonctionnelle, aux diminutions sensorielles, à la perte de l'image du corps, sans parler de tout l'accompagnement des familles pour qu'elles puissent le vivre.

Isoler le service de maintien à domicile de personnes âgées tel que l'avait déjà réalisé l'hôpital avec toutes les incidences négatives que cela a eu et que l'on connaît, c'est isoler ces personnes comme à part, c'est se priver de la diversité d'un service de soins ouvert à toute personne requérant des soins à domicile, ce qui permet de diversifier les situations de soins à domicile et de s'enrichir d'autres situations qui mobilisent d'autres capacités de vie. C'est enfermer les soins à une seule catégorie de population dans un système clos, ce qui ne peut qu'engendrer la routine, l'usure, le désintérêt des soignants, encore accru par la division du travail en tâches sérielles, ce qui ne peut que briser toute créativité, sinon dans l'immédiat, en tous les cas à long terme.

— *La créativité devrait être, en milieu psychiatrique, quotidienne pour un infirmier. Cependant, le psychiatre reste dans l'institution psychiatrique traditionnelle le détenteur du savoir et, donc, le chef.*

Faire preuve d'idées nouvelles et faire autrement que le groupe au risque d'être incompris, c'est très souvent se marginaliser. Tout ce qui est nouveau dérange une équipe.

La créativité — ou l'esprit de création — est-elle toujours facilitée dans les murs de l'hôpital ou peut-elle mieux se développer par l'extra-hospitalier ?

— L'hôpital psychiatrique, comme l'hôpital général du Grand Enfermement, souffre lui aussi d'un lourd passé asilaire qui ne permettait en rien de développer ou même faire preuve de la moindre créativité.

Comme l'a si bien montré Michel Foucault dans son *Histoire de la folie*, l'asile, après avoir été un lieu de relégation et de contention, est devenu un lieu de rééducation des

comportements non désirables. Le gardien d'asile est devenu le surveillant qui détenait le pouvoir de récompenser ou de punir les aliénés confiés à son contrôle. Cette fonction n'est pas très stimulante de créativité. Les soins étaient exclus de l'hôpital psychiatrique. La chimiothérapie amorcée avec le Largatil dans les années cinquante n'a pas introduit les soins mais les traitements. Le terme « soins infirmiers » est tout récent à l'hôpital psychiatrique. De fait, que représente-t-il ? Quelques personnes ont développé une approche des soins dans le milieu psychiatrique, tels B. Bettelheim, M. Mannoni. Mais quelle place est faite à l'hôpital psychiatrique aux soins d'accompagnement, de stimulation, d'éveil au développement des capacités en relation à la place faite aux traitements ? Sauf exception, la conception de soins qui stimulent les capacités des soignés et des soignants a encore très peu pénétré l'hôpital psychiatrique où le médecin reste en effet le grand détenteur du savoir et du pouvoir de régulation de l'ordre social.

La créativité est-elle plus facile en dehors des murs de l'hôpital ? Elle pourrait l'être, mais cela ne veut pas dire qu'elle le soit, tant les façons d'aborder le domicile (soins à domicile, PMI) ont été influencées par le modèle hospitalier et médical, et demeurent sous cette emprise. N'en prenons pour preuve que le maintien à domicile pour personnes âgées : à l'heure actuelle, il est entièrement réinspiré de l'hôpital. Pour s'affranchir du modèle institutionnel et du modèle à penser les infirmières ont à découvrir comment apprendre à apprendre, c'est-à-dire apprendre à découvrir tant différents milieux de vie que les croyances des gens afin de saisir ce qui les préoccupe. Un des meilleurs stimulants de la créativité est d'apprendre à apprendre de la vie quotidienne, de le confronter à des connaissances, ce qui aboutit à faire émerger des savoirs, savoirs empiriques en premier lieu, qui peuvent devenir des savoirs écrits, mais les savoirs écrits ne sont mobilisables que s'ils retrouvent des formes d'empirisme.

— *Les organisations syndicales ont-elles eu un rôle créatif dans l'organisation de la profession d'infirmière ?*

— Ce serait plus aux organisations syndicales de répondre à cette question.

Ce que je peux évoquer ici, c'est qu'il y a le plus souvent en France une dissociation entre la défense du droit du travail et l'analyse **faite par les travailleurs de la nature de leur travail** pour défendre à partir de là les conditions indispensables pour le réaliser. L'action syndicale reconduit souvent le pouvoir dominant-dominé en usurpant aux travailleurs une réflexion sur leur propre travail.

Il est illusoire de défendre des droits du travail sans que le travailleur puisse lui-même devenir davantage capable d'expliciter, d'argumenter et par là même défendre ses conditions de travail en fonction de ce qu'il cherche à atteindre par son travail.

Ce fut un peu une « révolution » de la conception de droits du travail dans les centres de soins lorsque les infirmières n'ont pas seulement cherché une protection de leurs droits en tant que travailleurs (euses) (salaires, congés, durée hebdomadaire, retraites, indices...) mais quand elles ont cherché aussi à étudier des conditions indispensables pour effectuer le travail des soins et le valoriser, telles les réunions de réflexion prises sur le temps de travail, des congés formation pour des centres non soumis à la formation permanente (moins de 10 personnes), le financement d'actions de prévention, l'étude de ce que l'on appelle communément « le bénévolat », etc.

Je pense que nous ne pouvons faire reconnaître d'autres approches des soins que si nous pouvons préciser les conditions de travail indispensables qui en relèvent.

Nous avons beaucoup trop pensé les soins idéologiquement sans avoir en même temps fait apparaître les conditions indispensables pour assurer ce genre de soins. C'est très beau d'accompagner des malades mourants, mais quelles sont **les conditions indispensables à des infirmières pour pouvoir vivre ces soins**, et permettre aux familles de les vivre ? Ceci requiert bien autre chose que seulement des conditions de salaires, de congés, les 39 heures par semaine. Ceci exige pour les soignants

des possibilités de libérer leurs émotions, de pouvoir puiser sur les lieux de travail à des sources de connaissances, mais aussi de pouvoir libérer le poids et la fatigue des soins autrement que par la fuite, seule possibilité qui reste dans ce cas.

Mettre en évidence, à partir des lieux de l'exercice professionnel, les conditions indispensables à l'action soignante exige aussi de notre part de savoir poser les limites de notre responsabilité infirmière et nous y tenir. Ainsi en est-il de l'acceptation de soins médicaux délégués qui ne relèvent pas de la responsabilité infirmière (comme les transfusions). Le travail de nuit à l'hôpital est indicateur de la méconnaissance totale de conditions de travail implicitement acceptées, au mépris de la plus élémentaire législation de protection du travail de nuit, et du glissement des responsabilités juridiques. Comment se fait-il qu'une personne à qui on ne reconnaît pas le droit de pratiquer certains soins de jour peut se les voir confiés et même exigés la nuit, que ce soit l'infirmière suppléant le médecin, ou l'aide-soignante suppléant l'infirmière ?

Tout glissement de la pratique de soins médicaux empêche de développer la créativité au niveau du champ de compétence infirmière, et continue à dévaloriser tous les soins d'entretien de la vie, de stimulation des capacités de vie.

Notes

1. Les médecines énergétiques sont à l'heure actuelle aussi bien pratiquées par des hommes que par des femmes. Une grande partie de ces savoirs viennent de l'héritage culturel des pratiques soignantes des femmes ainsi qu'en faisait preuve l'émission présentée à Antenne 2 le 29 avril 1983 sur les pratiques traditionnelles de la médecine en Chine, où les vieilles femmes initiaient les chercheurs universitaires aux savoirs qu'elles ont acquis par le toucher.
2. Parallèlement, résultant des connaissances acquises par la chasse, les hommes découvrent la domestication des animaux et les pratiques de suture des plaies, prélude à la chirurgie.
3. P. Teilhard de Chardin, *Hymne de l'univers*, Paris, Seuil, 1961, p. 73-74.
4. M. Chamberlain, *Histoire des guérisseuses*, trad. de l'anglais, Paris, Éd. du Rocher, 1981, p. 24.
5. *Ibid.*, p. 25.
6. *Ibid.*, p. 31.
7. A. Rousselle « Observation féminine et idéologie masculine : le corps de la femme d'après les médecins grecs », *Annales*, 1980, p. 1089-1115.
8. Le clivage perpétué aujourd'hui entre *théorie et pratique, praticiens et enseignants* est le prolongement d'un processus très lointain.
9. J. Delumeau, *Le Pêché et la peur. La culpabilisation en Occident*, Paris, Fayard, 1983, p. 22.
10. *Ibid.*, p. 25.
11. *Ibid.*, p. 24.
12. O. Arnold, *Le Corps et l'âme. La vie des religieuses au XIX^e siècle*, Paris, Seuil, 1984, p. 140.
13. J. Delumeau, *op. cit.*, p. 164.
14. M. Chamberlain, *op. cit.*, p. 47-52.

15. Voir à ce sujet J. Delumeau, *La Peur en Occident, XIV^e-XVII^e siècles*, Paris, Fayard, 1978, chap. 10-12, et R. Muchembled, *La Sorcière au village*, Paris, Gallimard, 1979, coll. « Archives ».
16. J. Michelet, *La Sorcière*, Paris, Garnier-Flammarion, 1966.
17. J.-P. Peter et J. Revel, « Le Corps, l'homme malade et son histoire », in *Faire de l'histoire*, Paris, Gallimard, 1974, p. 175.
18. *Ibid.*, p. 178.
19. La santé devient liée au salut de l'âme. Le mot *salut*, dont est issu le mot *santé*, change de sens avec la conception chrétienne. Il devient : faire son salut.
20. Dr. Bourneville, *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière*, Paris, Bureaux du Progrès Médical, 3^e éd. 1887, t. III, p. 31.
21. Mgr. Touchet, *Aux infirmières de France. Quelques pensées*, Paris, Éd. P. Lethielieux, 1916, p. 164.
22. Mlle Chaptal, « L'Infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance », *Infirmière Française*, 1925-1926, p. 299.
23. A.-M. Prévost, « Réflexion sur l'enseignement infirmier, 1870-1918 », Thèse de médecine soutenue à l'Université de Marseille en 1982, p. 80-82. Anne-Marie Prevost est infirmière de formation initiale.
24. *Ibid.*.
25. R. Kohn, *Les Enjeux de l'observation*, Paris, PUF, 1982, p. 12.
26. « La Recherche-action », *Pour*, n° 90, juin-juillet 1983.
27. C. Lévi-Strauss, *Le Cru et le cuit*, Paris, Plon, 1974.
28. « La simplification est un fléau de la pensée », propos recueillis auprès d'Edgar Morin, par Marc de Smedt, in *Psychologie*, décembre 1980, p. 9-13.
29. Le projet Gamin avait pour but de mettre en place un système de gestion automatisée de la PMI. Voir *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 1101, février 1978.
30. Je veux mentionner ici des infirmières qui se voient limoger de leur travail pour capacités professionnelles comme Madame Chantal Thouverez, ou qui sont remerciées en nombre ainsi que c'est le cas pour 42 infirmières de la Mutualité Agricole de l'Allier.
31. Rappeler ces courants dominants n'est pas exclure les tentatives individuelles d'y échapper — souvent à quel prix ! Certaines tentatives laissèrent une œuvre créatrice durable, pourtant rarement reconnue du vivant de la personne qui, généralement, a dû s'affronter à l'humiliation, l'opprobre, le mépris, l'indifférence, l'oubli pour affirmer une pratique professionnelle qui prenne en compte les différentes dimensions biologiques, socio-culturelles et économiques des soins.

Fondements culturels de la pratique soignante*

Vous avez déjà pu vous rendre compte hier de toute la complexité de savoir ce qu'il est convenu d'appeler « culture » ou, plus exactement, ce qui peut rendre compte des phénomènes culturels. J'aimerais rappeler pour faire un lien avec ce qui a été évoqué hier que « la culture » comme « la santé » sont des concepts. Or un concept n'existe pas dans la réalité : tout concept étant une idée générale dégagée de toutes sortes d'aspects de la réalité. Il y a donc une différence à évoquer « la culture » en soi avec toute la connotation de valeurs ethnocentriques¹ dont elle est porteuse, ou d'essayer de comprendre la genèse et l'évolution des phénomènes culturels.

Pour évoquer les fondements culturels des pratiques soignantes ayant forgé des façons de concevoir la pratique soignante², je me situerai avec trois perspectives d'approche.

— **Une approche anthropologique** pour avoir abordé le domaine de l'anthropologie antérieurement à mes études d'infirmière, et avoir poursuivi l'investigation de ce champ aux États-Unis, en lien avec une analyse de ma pratique soignante.

— **Une approche infirmière** enrichie du regard anthropologique, non seulement à partir de ma propre pratique mais développée depuis vingt-cinq ans tant avec des équipes infirmières de soins à domicile, ou de PMI, qu'avec les infirmières et infirmiers de la formation universitaire, Français

* Conférence donnée aux Journées de Perfectionnement de novembre 1988, organisée par le Centre chrétien des professions de santé (CCPS) sur le thème « *Source et dynamisme de l'infirmière* ». L'ensemble des interventions et conférences présentées à ces journées ont été publiées par le CCPS dans le numéro spécial portant le titre du thème. (Parution juillet 1989).

C'est à la demande de Chantal Hourlier, présidente du CCPS, que j'ai abordé ce sujet, à un moment où infirmière et infirmiers commencent à appréhender les dimensions culturelles des soins.

et étrangers, et parmi eux, particulièrement, les Africains qui m'ont tant appris, en confrontant leur réalité culturelle à la nôtre.

— **Une approche d'Histoire**, en introduisant une vision dans la longue durée, vision qui échappe aux soignants qui ont été dépossédés de leur histoire. Les anthropologues ont apporté à l'Histoire un questionnement sur la vie quotidienne qui structure les sociétés ; les historiens ont apporté aux anthropologues une vision dans la longue durée, permettant ainsi de remonter le temps et d'en dégager l'histoire des mentalités qui rend compte de phénomènes culturels. Mais **l'Histoire est écriture**, aussi convient-il d'élucider le pouvoir exercé par les gens de l'écriture sur les pratiques soignantes et celles qui demeurent véhiculées par la tradition orale.

Voici ce que je propose :

— D'abord, faire apparaître certains faits qui nous sollicitent tous les jours dans notre pratique, puis montrer comment s'élaborent des phénomènes culturels à l'origine de toutes les cultures, en voir leur intrication avec des pratiques soignantes.

— Faire apparaître l'influence des écrits sur les pratiques soignantes au regard des savoirs empiriques.

— Dégager les racines culturelles des soins — plus particulièrement des soins hérités des pratiques soignantes des femmes — et suivre leur transformation culturelle au regard de ce qui précède.

Enfin, aborder l'approche anthropologique des soins aujourd'hui, en redonnant une place aux savoirs empiriques face aux savoirs d'instruction.

Programme énorme s'il en est, dont j'aurai du mal à assurer le parcours dans le temps qui m'est imparti : défi de saisir la longue durée en quelques instants.

DES FAITS QUI NOUS SOLLICITENT TOUS LES JOURS

Je prendrai un exemple que j'ai vécu souvent avec des infirmières de soins à domicile : exemple partagé lors d'une rencontre de réflexion d'équipe où je me trouvais moi-même. Une infirmière soignait un grand malade diabétique. Elle « l'éduquait » par rapport à son régime, mais se désespérait de voir que, malgré ses rappels constants, ce monsieur continuait à ne pas trop faire attention à son régime, alors qu'il comprenait fort bien ses conseils. Un jour qu'elle lui répétait pour la énième fois : « Mais il faut que vous suiviez votre régime ! », il lui rétorqua : « *Mais, enfin, vous voulez ma mort !* » La première réaction de l'équipe fut de rire. Pourquoi ce rire ? Qu'est-ce que ce monsieur entendait par « *vous voulez ma mort* » ?

Sous une forme ironique, une galéjade, il nous disait quelque chose de fondamental, que les infirmières ne saisissaient pas. Pourtant toutes pouvaient attester qu'elles avaient entendu plusieurs fois au cours de leur carrière cette expression lancée comme un défi : « Alors, vous voulez ma mort !... »

Préoccupées du régime sur lequel leur formation les avait médicalement centrées, sans tenir compte de tout ce qui pouvait importer par ailleurs dans la vie quotidienne de quelqu'un au point de faire du régime un handicap plus grave que la maladie elle-même, elles se souciaient de l'avenir de ce monsieur en pensant justement que, si ce monsieur voulait ne pas mourir précocement, il fallait qu'il fasse attention à son diabète en faisant son régime. Seulement, ce qui ne leur était pas apparu de façon tangible c'est que ce monsieur ne pouvait pas vivre pour son diabète, mais avait à continuer d'assumer toute une vie sociale en tant que conseiller général et que cela était pour lui plus important que de se dire : « Comment puis-je penser tous les jours à mon régime ? » Le mot « régime » évoque une série d'aliments interdits, ou bien des aliments dont il faut vérifier des quantités mesurables, sans prendre en compte les habitudes alimentaires, et encore moins la valeur symbolique des aliments et les valeurs sociales du repas. Le régime, en séparant des autres, est souvent vécu comme une exclusion sociale, mettant en marge de la convivialité du repas, support de tout un ensemble de faits sociaux, repas de famille, repas de fête, repas d'affaires.

Pour ce monsieur, il s'avérait donc indispensable de tenir compte des obligations qu'il avait en tant qu' élu local, et des repas que sa fonction l'amenait à partager sans se démarquer par un « régime ». Toutefois, fallait-il éluder le diabète pour autant ? Le problème demeurerait, mais se posait différemment. Au lieu d'appréhender la situation de façon parcelaire et exclusive : le diabète et le régime, et tant pis pour la vie sociale... ou bien la vie sociale en niant la réalité du diabète, il s'agissait de voir comment les deux se trouvaient reliés en la personne de ce monsieur, élu local, qui avait à vivre avec un diabète (ce qui est différent que de n'être plus qu' « un diabétique »). Pouvait-il y avoir un compromis ? Compromis si souvent ignoré de la médicalisation des soins.

Pourtant, c'est une caractéristique fondamentale de la vie : la vie est un ensemble de compromis. Il fallut donc saisir avec beaucoup plus de précision depuis quand le diabète de ce monsieur était apparu, les complications survenues à ce jour, la nature de ses activités en lien avec l'obligation de ses repas, ainsi qu'avec le rythme et le résultat des glycosuries et glycémies, en lien avec la nature et le dosage de l'insuline. Tout ceci en fonction du rythme de vie de ce monsieur. Il fut cherché avec lui

tout ce qui lui permettrait encore de « vivre », en lui permettant de percevoir comment il pouvait participer au repas de tous en régulant lui-même les quantités, en ajustant ses activités, en modifiant suivant telle circonstance le dosage d'insuline, en régulant différemment les repas pris à la maison.

Cet exemple fait apparaître des aspects culturels profonds et constants qui sont annihilés par la médicalisation des soins : les habitudes alimentaires, l'importance sociale du repas. Cela va jusqu'à masquer ce qui est symboliquement porteur de mort, la mort n'ayant pas qu'un fondement biologique, mais ayant de multiples facettes culturelles et sociales. Certaines expressions courantes sont porteuses de symboles dont il nous faut rechercher la signification, signification qui est propre à chaque situation.

Soigner se situe au carrefour de ce qui fait vivre et de ce qui fait mourir, de ce qui permet de vivre et de ce qui compromet la vie. Cette interrelation permanente entre ce qui appelle à la vie et ce qui peut faire basculer vers la mort a de tous temps façonné la trame des soins, trame que l'on retrouve dans toutes les cultures.

PRENDRE SOIN DE LA VIE, À L'ORIGINE DE TOUTES LES CULTURES

Soigner, prendre soin de la vie est à l'origine de toutes les cultures. Depuis le début de l'histoire de l'humanité, les hommes et les femmes se sont efforcés de trouver comment survivre. C'est autour de cette impérieuse nécessité de **prendre soin de la vie**, c'est-à-dire de pourvoir à ce qui est indispensable pour que la vie se continue, que sont nées et se sont développées toutes sortes de **façons de faire** engendrant des croyances et des modes d'organisation sociale.

À l'encontre de ce que l'on croit aujourd'hui, ce n'est pas autour de la maladie que se sont développées les pratiques de soins, mais autour de tout ce qui permet de survivre : lutter contre la faim, être à l'abri...

LUTTER CONTRE LA FAIM

La première de toutes les pratiques soignantes est celle qui consiste à reconstituer ses ressources en énergie. Trouver à se nourrir a été et demeure à l'origine de toutes les pratiques alimentaires, suscitant tout un

ensemble de réactions affectives engendrées par le plaisir et le déplaisir, non seulement des aliments, mais aussi de la façon de les préparer, de les donner, de les servir. Manger pour subsister demeure la priorité la plus fondamentale au point que comme l'écrit Susan George³ : « *Les Sociétés sont nées de l'alimentation, en vivent et se construisent une conscience du temps et de l'espace à travers la nourriture qu'elles consomment.* » Ce sont d'ailleurs les cultures agraires qui ont donné naissance au mot « culture » et à ses dérivés symboliques et mythiques.

ÊTRE À L'ABRI...

Se protéger des prédateurs, se reposer, dormir en toute sécurité, être à l'abri des intempéries en se préservant du froid ou de la chaleur excessive furent à l'origine de toutes sortes de façons de dormir, de se trouver un refuge, de se construire un abri et d'y instaurer des façons d'y vivre. De même, protéger le corps de ce qui pouvait le menacer : rigueur du climat, mais aussi risques d'atteintes corporelles par un environnement périlleux ou menaçant, fut à l'origine des premières pratiques vestimentaires donnant naissance à toute la gamme infinie des modes vestimentaires et de la symbolique du vêtement.

Pouvoir être nourri, avoir un abri où se reposer en sécurité et avoir un minimum de vêtements de protection si besoin en était représentaient, et demeurent toujours, les besoins vitaux les plus fondamentaux auxquels s'ajoutent **les pratiques du corps**, dont les pratiques sexuelles autour desquelles s'organisent les structures de la parenté⁴. Pour assurer de subvenir à ces besoins, chaque groupe se devait de défendre son territoire contre tout envahisseur : rapaces ou chasseurs, guerriers. Cette défense du territoire constitue l'activité des hommes, elle s'exerce par la chasse, qui entraîne la guerre. La lutte contre la maladie arrive loin derrière ces préoccupations vitales. Même aujourd'hui, elle n'a de sens que si ce qui procède à la survie d'un groupe, d'un pays, est assuré. Ceci est tout aussi vrai pour les gens du Quart-Monde que du Tiers-Monde. La lutte contre la maladie est un « luxe » que l'on ne peut s'offrir que si l'on a à manger tous les jours, si l'on a un toit et un territoire d'où l'on n'est pas expulsé.

GENÈSE ET ÉLABORATION DES GRANDS PHÉNOMÈNES CULTURELS AYANT DONNÉ NAISSANCE AUX CULTURES

SE CONCILIER L'UNIVERS

Quels que soient les lieux où les hommes et les femmes commencent à s'insérer et à se développer, ils cherchent d'abord à se **concilier l'univers**. Par **univers**, il faut entendre le lieu d'insertion, le territoire d'appartenance du groupe. Chaque univers, propre au groupe, constitue un monde en soi qui devient en quelque sorte « le monde ». Les « univers » des différents groupes humains sont extrêmement variés, en fonction des climats, des reliefs, de la nature du sol, du sous-sol et de leurs ressources.

DE L'EXPLORATION AUX REPRÉSENTATIONS DE L'UNIVERS

Se concilier l'univers, c'est l'explorer, le découvrir pour s'en faire un allié en s'en appropriant les effets bénéfiques participant à la survie du groupe. Cette découverte se fait par de fines observations effectuées par tâtonnements, essais et erreurs, donnant lieu à des interprétations cherchant à déterminer ce qui est porteur de forces bénéfiques favorables à la survie du groupe, ou de forces maléfiques l'entravant. À partir de ces interprétations s'élaborent des représentations imaginaires de l'univers, représentations auxquelles vont s'attacher des significations, c'est-à-dire qu'elles sont porteuses de signes déterminant ce qui est BON (porteur de vie) ou MAUVAIS (porteur de mort) pour la vie du groupe⁵.

Ainsi les représentations du monde, chargées de diverses significations, participent à la construction de symboles. Toute représentation est symbolique de ce qui, au sein d'un groupe donné, est jugé bon ou mauvais. Tout est sujet à étonnement, questionnement, que ce soit les plantes, les astres, le corps blessé de l'animal chassé. Chaque facette de l'univers se verra dotée d'attributs qui seront porteurs de significations symboliques participant à la désignation du sacré, c'est-à-dire « *ce qui donne sens au monde, sens que de lui-même il ne possède pas à l'origine [... mais] qui fait subir à la nature et aux relations humaines une transfiguration* » donnant naissance au mythe⁶. L'univers se peuple de bons et de mauvais

génies, de bonnes et de mauvaises fées, de déesses puis de dieux à l'image des représentations des hommes, en fonction des lieux, de l'évolution des savoirs et des croyances, mais aussi de la transformation de ces savoirs sous l'influence de nouveaux outils.

Cette façon de découvrir l'univers reste celle du petit enfant qui se crée des représentations du monde qui l'entoure, déjà chargées de l'héritage culturel de l'environnement social dans lequel il est né. Chaque représentation demeure chargée de sens, mais un sens qui, en s'individualisant, échappe à ce qui relie le groupe en son entier, le soude : le sacré.

DE L'EXPÉRIENCE AUX SAVOIRS

Les observations renouvelées procurent une expérience incontestable de la façon de se servir de l'environnement. Que ce soient les découvertes du corps de l'animal ou celui du chasseur blessé faites par les hommes à partir de la chasse ou de la pêche, ou que ce soit la découverte des multiples propriétés des plantes faites par les femmes, ou la façon de donner des soins au corps des mères et des enfants durant la grossesse ou à la naissance, tout ceci constitue une expérience qui, en se renforçant, participe à l'élaboration de savoirs.

Ces savoirs ont une triple caractéristique :

— Ils sont **empiriques**, c'est-à-dire nés de l'expérience. Pour **savoir**, il fallait « y avoir goûté », « y avoir *tâté* », au sens étymologique (du mot *sapere*, goûter). Il fallait que cela s'inscrive dans une expérience de vie.

— Ils sont **communautaires**, en ce sens qu'ils sont le fruit de l'expérience du groupe. C'est du partage de constatations dégagées de différentes expériences faites par les femmes ou les hommes du groupe que s'élabore, se nomme le savoir du groupe dans tel ou tel domaine. L'ensemble de ces savoirs constitue un immense patrimoine de connaissances⁷ de savoirs empiriques.

— Ils se communiquent par **tradition orale** (*tradere*, transmettre). C'est une transmission initiatique, où l'on s'initie par l'expérience qui en quelque sorte consacre. À l'encontre de ce que l'on a laissé croire, la tradition n'est pas immobile. Elle est mouvante et dynamique flexible et diversifiée en fonction des modifications apportées par les expériences — mais ceci se passe dans la longue durée.

DES SAVOIRS AUX HABITUDES DE VIE ET AUX CROYANCES

À partir des savoirs d'expérience se développe tout un ensemble de « façons de faire », ainsi que l'a si bien fait apparaître Yvonne Verdier⁸. Façons de cultiver la terre, façons de préparer les repas autour du cru et du cuit, façon de manger suivant qu'on est homme, femme ou enfant, façon d'aborder le corps temple de l'esprit, d'avoir des pratiques sexuelles. Toutes ces façons de vivre « façonnent » des habitudes de vie, des usages, des coutumes, se déroulant au rythme des saisons, toutes empreintes de représentations symboliques. Lorsque des habitudes de vie sont bien installées dans un groupe, elles érigent des croyances. Les croyances sont nées d'habitudes que l'on pense bonnes ou mauvaises en fonction de son appartenance culturelle. Elles jalonnent notre existence et s'affirment par les expressions courantes : « Je t'assure »..., « Je t'affirme »..., « Je crois que »..., « Je t'assure qu'il faut faire comme cela », ceci veut dire : « Voilà le savoir que j'ai retenu, c'est "*la façon de faire*" que j'ai apprise ». Croyances alimentaires, croyances en la façon de se laver, de se vêtir, de dormir... jalonnent nos vies. Elles sont indispensables à la survie individuelle et du groupe, mais elles sont une entrave lorsqu'elles s'affirment comme uniques et exclusives de toute autre façon de faire en ignorant, déniaient, méprisant ou condamnant d'autres cultures. Ce sont les croyances qui sont chargées de valeurs indiquant à quoi le groupe attache prioritairement de l'importance, valeurs qui, comme les croyances dont elles sont issues, peuvent être radicales et exclusives, voire totalitaires.

Tout groupe ou milieu peut être susceptible de prôner des valeurs exclusives. Comprendre l'importance des habitudes de vie, des croyances et des valeurs demeure fondamental dans les pratiques de soins, autour desquelles elles se sont le plus souvent constituées. Oser « faire de l'éducation sanitaire » sans comprendre l'origine d'habitudes de vie, leurs représentations symboliques et les croyances qu'elles ont suscitées, est encourir les plus grandes méprises.

Dans une société complexifiée, comme l'est devenue la société occidentale, les origines des habitudes de vie et des croyances sont diverses. Elles constituent un héritage culturel « déposé dans le berceau », mosaïque d'héritage familial, d'appartenance à un terroir, de classe sociale, de tradition religieuse, etc. Il est difficile de discerner — à proprement parler — de la culture d'un pays, chaque pays étant un composite de terroirs très diversifiés, tandis que l'assimilation de « pays » à la nation privilégie le droit écrit, institutionnel, aux dépens du droit coutumier.

DU PASSAGE AUX RITES DE PASSAGE

Les « façons de faire » se sont cherchées, puis élaborées et développées, en premier lieu autour de moments cruciaux de la vie qui demandaient une grande vigilance pour être franchis et dépassés. Pour tout être vivant les moments les plus cruciaux sont la naissance et la mort. La naissance, aboutissement de la conception, constitue en quelque sorte l'entrée dans la vie, insérant la vie de tout être vivant dans le mouvement cosmique, et de tout être humain dans le temps de l'histoire familiale et sociale de son groupe d'appartenance. L'entrée dans la vie est une insertion dans l'espace, un espace imprégné de la culture des façons de faire, des habitudes de vie et des croyances du milieu. C'est aussi une entrée dans le temps : le temps scande chaque vie et marque de son empreinte la vie des groupes. Ainsi, la vie de chaque individu se déroule en une succession de *passages* allant de la naissance à la mort. C'est avec une grande clairvoyance qu'Arnold Van Gennep a mis en évidence la façon dont tout passage est ponctué par trois temps : le temps de la **séparation**, le temps de la **marge**, et celui de l'**agrégation**⁹ (voir p. 173 à 180).

Certains des passages arrivent avec une telle intensité, provoquant un changement si radical en un temps très bref, qu'ils ont été particulièrement entourés physiquement et socialement, réclamant beaucoup de soin et une grande attention dans les façons de faire. C'est autour de ces moments de crise où la marge se situant entre la vie et la mort est très étroite que se sont cherchées des « façons de faire » qui ont été l'amorce des soins les plus fondamentaux pour maintenir et accompagner la vie de la mère donnant naissance et la vie de l'enfant pénétrant dans le monde. Puis, cette expérience des façons de faire autour de la naissance inspira les soins accompagnant la mort, d'autant plus que la mort est perçue comme le prolongement de la vie. Ces pratiques autour des deux grands passages de la vie constituent dans toute société le fondement culturel des soins.

Autour des passages les plus difficiles que sont la naissance, l'entrée dans la vie d'adulte, le mariage, la grossesse, la mise au monde, la fin de la fécondité, la mort, se sont forgés un ensemble de savoirs générés par les façons de faire, créant des habitudes de vie imprégnées de représentations symboliques d'une particulière intensité au point de devenir sacralisées en **rites**, rites auxquels personne n'aurait su se soustraire sans encourir de graves conséquences. Ainsi, aucun grand événement de la vie ne pouvait avoir lieu sans **rites de passage**, ces rites ayant une **fonction sacrée**. Jalonnant le cycle des saisons, et laissant leur empreinte sur le parcours de chaque vie individuelle, ils s'expriment par la fête : la fête qui

est à la marge des forces contraires, des transgressions, du permis et de l'interdit.

La rationalisation scientifique de la médecine a exclu des pratiques soignantes les rites de passages issus des savoirs empiriques, ne voyant là que vestiges de superstition, mais, plus grave encore, elle a oblitéré la notion même de *passage* tant autour de la naissance que de la mort, et par là même ne reconnaît pas la maladie comme un passage. Cette perte de connaissances issues des pratiques soignantes accompagnant les grands passages de la vie occasionne de graves préjudices tant aux femmes lors de leur accouchement qu'aux mourants, tout autant qu'aux malades et au personnel soignant, en dépossédant les soins de leur signification symbolique. Il faudra attendre des travaux comme ceux de Françoise Loux, d'Elisabeth Kübler-Ross, ou comme ceux de J. Bowlby en psychiatrie pour se réapproprier certains de ces aspects et réenrichir les soins de ces savoirs, comme ce fut le cas pour les soins d'accompagnement de fin de vie.

DE L'OUTIL COMME MODIFICATEUR DES SAVOIRS

Les savoirs, comme les habitudes de vie, ne sauraient rester inchangés. L'expérience n'est pas figée. Constamment les hommes et les femmes s'efforcent d'améliorer leurs « façons de faire » pour se procurer, produire et consommer les choses indispensables à la vie physique. Cette amélioration se produira par la modification des « **techniques** », à savoir de « l'outil » au sens anthropologique du mot tel que Leroi-Gourhan en a le premier fait apparaître l'évolution¹⁰.

La main, premier outil de l'*homo faber*, à l'origine de tout le développement technologique inventé, créé par les hommes et les femmes décide de leur histoire. « Organe et moteur de la pensée » comme aimait à le répéter André Leroi-Gourhan, la main qui découvre, la main qui saisit, la main qui transforme, la main qui fabrique est le premier outil par excellence, outil qui générera tous les autres outils nés du « prolongement de la main ». La main qui burine l'os et la pierre, qui capte le feu, qui façonne la poterie, qui met le métal en fusion, procède à la transformation des outils dont seront issues toutes les technologies. À leur tour ces technologies bousculent les anciennes représentations du monde et créent de nouveaux savoirs mettant à mal les façons de faire antérieures, les habitudes de vie et les croyances transmises par la tradition.

La révolution technologique a progressé à un rythme différent suivant les sociétés¹¹ créant de nouveaux mythes, engendrant de nouvelles conceptions du monde venant heurter l'histoire des mentalités.

Dans le domaine des soins, c'est aussi la main qui à partir des pratiques du corps et des pratiques alimentaires sera et demeurera le premier outil des soins. Elle en est le moteur, développant les réactions psycho-affectives à partir des sensations et permettant dès la petite enfance le développement psychomoteur. Durant des siècles les soins issus des pratiques du corps et des pratiques alimentaires se sont peu transformés au sein des différentes sociétés. Par contre, les nouvelles technologies utilisées dans d'autres domaines — dont particulièrement la chasse et la guerre — donneront essor aux traitements. Traitements des blessures, tout d'abord, ainsi que des accidents. Il faudra attendre la fin du XIX^e siècle pour que les grandes découvertes de la chimie et de la physique en donnant à la médecine ses bases rationnelles et scientifiques lui permettent de maîtriser la maladie en substituant les traitements aux remèdes, traitements dont l'emprise croissante a relégué les soins comme accessoires, ne leur reconnaissant aucune valeur thérapeutique. L'emprise de la haute technicité, en confortant la fracture entre le corps et l'esprit héritée du néo-platonisme et de la pensée judéo-chrétienne, laisse le corps dissocié de son vécu, aux prises avec la dominance de la technologie.

DES TRANSFORMATIONS TECHNOLOGIQUES AUX TRANSFORMATIONS ÉCONOMIQUES

Enfin, les outils conditionnent une forme d'économie. Si la culture est profondément modifiée par la technologie, celle-ci est à l'origine de nouvelles représentations des circuits d'échange, amenant de nouvelles conceptions de l'économie.

L'économie de subsistance liée à l'entraide, à l'échange de services rendus et à la solidarité, était et demeure celle des pratiques de soins communautaires. À l'économie de subsistance se substituera, à la fin du Moyen Âge, l'économie marchande, autour d'un marché de surplus.

L'abondance des uns crée la pauvreté des autres, générant les institutions de charité où l'aide aux miséreux devient une façon de disculper ses richesses. **L'aide aux nécessiteux se substitue à l'entraide**, créant le monde des bienfaiteurs et celui des assistés, toujours redevables des dons qu'ils reçoivent et soumis à la dette de reconnaissance. Cette conception

économique fait des « soins » une source de richesse pour les institutions, puisque c'est en invoquant les soins aux pauvres et déshérités que les institutions reçoivent des dons et des legs.

TRANSMISSION DES SAVOIRS

Ce qui caractérise la culture, c'est la transmission des savoirs. Il n'y aurait pas de culture sans cette transmission. Pendant des milliers d'années, et même encore de nos jours, les savoirs se sont communiqués par l'expression gestuelle et verbale. Il n'y avait rien d'écrit : les connaissances se véhiculaient sous des formes imagées frappant l'imagination. Contes, fables, proverbes, sagesses, paraboles, permettaient de « voir », de se représenter ce qu'il fallait comprendre. C'est par le geste et la parole que se sont transmis de génération en génération tous les savoirs, dont particulièrement les pratiques de soins ; le geste ayant tout autant d'importance que la parole.

D'autres formes d'expression apparurent avec le taillage de la pierre : le ciselage, le martelage, puis le modelage, le graphisme, la peinture. Il fallut plusieurs siècles pour que ces formes figuratives, toujours dotées de significations symboliques, donnent naissance à l'écriture. Petites Vénus en pierre symbolisant la fécondité, fresques d'animaux que les chasseurs-pasteurs vont apprivoiser (rennes, bovins, chevaux...), ces formes sont révélatrices de ce qui pour le groupe est considéré **sacré**. Puis, de formes en formes, de symboles en symboles, se succèdent les pictogrammes, les idéogrammes porteurs d'idées généralisables (voir tableau p. 32).

L'écriture émerge, et avec elle d'autres façons de se représenter le monde, au point d'influencer toute l'histoire de l'humanité. Peu à peu, **seul ce qui est écrit sera considéré comme sacré**, tandis que les savoirs empiriques, communiqués par la parole, deviendront **profanes** au regard des détenteurs de l'écriture que sont les prêtres et les clercs, et, à leur suite, les médecins et les juges. Ainsi commence à se creuser le fossé entre l'immense diversité et la mouvance des savoirs populaires, issus des pratiques quotidiennes, et les **savoirs doctes** des écrits.

Après le **temple**, lieu de regroupement des savoirs écrits, consignés sur les tables et les papyrus, gardés dans le Saint des Saints, les écoles et facultés deviennent les lieux où, nourris de l'écriture, **professent** les gens doctes, transmettant par **l'instruction** les savoirs retranscrits et homologués à partir des savoirs empiriques issus des pratiques, savoirs que la

transcription a pu amputer, modifier, censurer ou dessaisir la pratique de sa signification et de son caractère symbolique.

Avec l'écriture se construira une autre culture, celle des « gens lettrés », « gens de lettres » constituant l'élite de la société, élite à qui la pratique de l'écriture confère l'honorabilité, tandis que les illettrés sont considérés comme ignorants, incultes.

Au cours de la longue durée, le pouvoir de l'écriture jouera un rôle prépondérant sur l'évolution de la conception des soins et sur leur devenir¹². Non seulement le pouvoir de l'écriture demeurera durant des siècles l'apanage des hommes qui, en transcrivant les savoirs issus des médecines, les soumettent à leur discrimination, les transforment et décident de leur utilisation, mais de ce pouvoir naissent les philosophies spiritualistes de la pensée grecque et des religions monothéistes proclamant la **supériorité de l'esprit sur le corps**. Cette idéologie sera à l'origine de toutes les futures condamnations du corps des femmes, comme vil, impur, source de fornication, et jettera le discrédit sur les savoirs issus de leurs pratiques soignantes.

Toutefois, jusqu'au milieu du dix-neuvième siècle, les chirurgiens et médecins n'auront de cesse de s'approprier ce qui demeure du fait des femmes : les connaissances issues des pratiques de l'accouchement et de l'obstétrique. Ayant enfin maîtrisé l'appropriation de ces connaissances et s'en étant assuré le contrôle, ils peuvent, en s'assurant la rédaction des manuels, répandre des savoirs d'instruction auprès des sages-femmes médicalisées qu'ils invitent alors à pénétrer dans les écoles de médecine, puis auprès des gardes-malades dont, avec les infirmières, ils assureront l'enseignement.

ANTHROPOLOGIE ET ÉVOLUTION CULTURELLE DES SOINS

De tout temps et dans toutes les sociétés, l'évolution des pratiques et des savoirs des soins est inséparable de l'interaction des fonctions accomplies par les hommes et les femmes pour **assurer la continuité de la vie et faire reculer la mort**, ainsi que des représentations qu'ils se font du monde, de la vie et de la mort, de l'au-delà de la mort, des rapports entre le corps et l'esprit. Ces représentations, propres à chaque société en lien avec son environnement, tout en poursuivant le mythe du paradis perdu et d'un bonheur durable, sont chargées de peur et d'angoisse. Sous l'emprise

de révolutions techniques apportées par de nouveaux outils (comme ce fut le cas pour l'écriture), ces différentes représentations donnent naissance à des conceptions qui s'imposent et façonnent durablement l'histoire des mentalités. Au départ de toutes les cultures, la lente évolution des pratiques soignantes se déroulera donc au carrefour d'un ensemble d'interactions entre les façons de faire, les représentations du monde, l'avancée des technologies et les conceptions donnant naissance aux idéologies venant à proclamer dogmes et credos de toute nature, décidant des règles de conduite et façonnant les comportements.

Il semble que l'évolution des conceptions ayant influencé l'approche culturelle des soins au cours de la préhistoire (temps de l'histoire orale), et de l'histoire (à partir de l'écriture) laisse entrevoir trois périodes distinctes d'une anthropologie des soins. Aujourd'hui se dessine une quatrième période, telle déjà annoncée par le visionnaire Michel Foucault dès 1975. Chacune de ces périodes peut chevaucher et se prolonger, s'imposer de façon dominante ou se poursuivre de façon occulte, suivant la topographie des régions, l'environnement socioculturel, l'avancée technologique, le niveau de scolarisation, les conditions économiques, le contexte politique, ainsi que les phénomènes d'acculturation ou la volonté impérialiste de déculturation.

— La première : **l'anthropologie du corps ↔ esprit, inséré dans l'univers**, est celle que l'on retrouve dans toutes les cultures de tous les groupes ethniques. La transmission de leurs savoirs se fait par tradition orale. Elle est à l'origine de toutes les pratiques soignantes : pratiques du corps, pratiques alimentaires, remèdes, médecines populaires. Elle continue de prévaloir jusqu'à nos jours dans la majorité des pays du Tiers-Monde. Certains pays maîtrisant l'écriture, comme la Chine, développent une médecine savante à partir de cette conception. La société occidentale, après avoir puisé à ces sources dont elle tire des écrits, non seulement s'en distanciera, mais la condamnera ainsi que celles et ceux qui se réclament de ces savoirs. Proscrites par l'Église puis par les médecins, exclues des institutions hospitalières, les pratiques de soins issues de cette conception subissent une érosion culturelle. Avec les migrations paysannes vers les villes, la diffusion des manuels par les médecins, l'éducation des classes populaires par les œuvres de bienfaisance, l'ascension d'une médecine scientifique, il adviendra une désappropriation des savoirs populaires, ainsi qu'une acculturation des savoirs des médecines domestiques. Toutefois, on assiste à la résurgence de cette conception à la fin du ^{xx}e siècle.

— La deuxième : **l'anthropologie du salut ou l'anthropologie de la mort**¹³ surgit à la croisée des philosophies spiritualistes de Platon et

d'Aristote et de la religion judéo-chrétienne. Prônée par les Pères de l'Église, c'est dans les monastères que se développe « *la conscience malheureuse* » qui allait bientôt être proposée comme évidence à une civilisation tout entière. « *Prenant son essor durant le XIII^e siècle, ses trois composantes majeures sont la haine du corps et du monde, l'évidence du péché et le sentiment aigu de la fuite du temps* »¹⁴. Faire son salut dans l'autre monde, racheter ses péchés, souffrir pour éviter la damnation éternelle, deviennent la finalité des soins. Les **soins spirituels** sont la raison d'être des soins dans les institutions. Tandis que les « *vieilles femmes* », guérisseuses, condamnées comme « **sorcières** », et guérisseurs sont brûlés sur les bûchers de l'Inquisition, **les femmes consacrées deviennent le modèle des femmes soignantes**. Par ailleurs, à la suite des croisades, se développeront des ordres religieux hospitaliers d'hommes. L'anthropologie de la mort, où la mort est perçue comme une menace suscitant une terreur permanente, influencera la conception et l'approche des soins qui se développeront dans les hôpitaux du Grand Enfermement, ainsi que dans les institutions de bienfaisance. L'anthropologie du salut inspirera de ses valeurs idéologiques la profusion des œuvres privées du dix-neuvième siècle et du début du vingtième siècle, où sont prodigués conseils, exhortation, éducation du peuple, tandis que durant la Grande Guerre elle retrouvera ses heures d'exaltation, influençant durablement le « **rôle moral de l'infirmière** ».

— La troisième : **l'anthropologie de la maladie**, où « *la maladie est saisie comme objet de connaissance scientifique* »¹⁵, plonge ses racines dans l'anthropologie de la mort, non seulement pour faire reculer la menace de la mort, mais aussi en faisant du corps un objet d'étude en soi, plus particulièrement le corps des pauvres que la maladie frappe en premier. Ce sont eux qui sont le support de « *la naissance de la clinique* »¹⁶. La dualité établie entre le corps et l'esprit dissocie mécanismes physiques et mentaux. La supériorité de la raison scientifique cherche à vaincre le corps malade, à dominer la maladie en reléguant émotions, sentiments et désirs pour maîtriser « *la pure corporalité* », réduisant le corps à ses effets, à ses besoins, à ses échanges et processus — à son nombre¹⁷. Trouvant son essor dans les institutions de la bienfaisance et de l'assistance, la médecine scientifique confie « *le mal* » aux technologies d'investigation et de traitement, qui deviendront l'objet des pratiques dites « *de soins* ».

Ces trois influences dominantes, dont les deux dernières se sont imposées récemment dans l'histoire de la société occidentale, tant par les détenteurs des écrits que par les institutions nées de ce même pouvoir, marquent les fondements culturels des pratiques soignantes et leur évolution, tant

celles développées par les hommes que par les femmes. Toutefois, les pratiques soignantes des femmes furent soumises à de profondes mutations en raison de la relégation des femmes des lieux de l'écriture, que ce soit le temple, l'Église ou les écoles de médecine¹⁸.

— La quatrième période telle qu'annoncée par Michel Foucault dans « *La volonté de savoir* » est celle de la **bio-médecine**, du **bio-pouvoir**, et du **bio-politique**¹⁹, venant bouleverser les « *enjeux de la bioéthique* » au point que comme le fait remarquer Monette Vaquin, dans son dernier ouvrage, *Main basse sur les vivants* : « *Aucune génération avant la nôtre n'avait le pouvoir de fabriquer de l'humain, de stocker par la congélation, de ranimer l'inanimé, de maîtriser sa descendance, d'en modifier les caractères* », avec la menace déjà amorcée que la vie et la mort soient marchandisées, dans un monde où les cadavres sont devenus chauds et les embryons congelés²⁰. En soulignant la faiblesse de la bioéthique devant le besoin de satisfaire les fantasmes développés par la vision scientifique et les promesses d'une médecine prédictive qui déjoue toute loi de l'interdit, on ne peut que s'interroger sur la nécessité de retrouver ce que les soins qui accompagnent le vécu de la vie ont encore à apporter d'irremplaçable pour éviter de sombrer vers un redoutable passage à l'acte sur l'espèce et sur la mercantilisation biologique.

Les tableaux synoptiques qui suivent visent à faire apparaître les orientations dominantes développées par les différents courants ayant influencé les pratiques soignantes des femmes, dans la longue durée. L'influence la plus ancienne peut chevaucher avec les plus récentes, surtout si l'on continue de les respecter dans les pays du Tiers-Monde, et d'observer des formes de résurgence dans nos pays.

Il est nécessaire de rappeler que ces courants dominants n'excluent en rien les réactions individuelles de personnes ou de petits groupes isolés dont l'action aura pu se démarquer de ces courants sans toutefois infléchir leur influence dominante. Il est non moins nécessaire de rappeler que les mutations se sont faites par étapes et par paliers progressifs, avec des différences marquantes d'un terroir à un autre : ainsi, il a fallu plusieurs siècles pour que les sages-femmes soient dessaisies de l'art des accouchements et ne puissent exercer que sous l'égide des médecins²¹. Cette très longue mutation influencera tout le devenir de toutes les pratiques de soins exercées par les femmes.

Prendre conscience des influences culturelles qui conditionnent les pratiques soignantes aujourd'hui, tant de celles qui sont à l'origine même des

soins que celles qui sont apparues au carrefour de plusieurs événements marquants, et qui ont trouvé à se développer dans les institutions sanitaires, est indispensable pour situer la pratique soignante infirmière aujourd'hui. Comprendre la place prédominante que tient la technologie de réparation dans notre profession, par nécessité de combler le vide laissé par le mépris du corps dissocié de l'esprit, ainsi que par la vision négative de la vie comme source de désir, de plaisir, d'émotions... Retrouver les savoirs d'expérience qu'apprend la vie quotidienne, et les réintroduire dans nos pratiques... Accompagner les **passages** de la vie que sont la naissance, la mort, la maladie... Réintroduire la dimension symbolique des soins... Concilier l'apport irremplaçable des savoirs empiriques avec l'éclairage de sources de connaissances diversifiées... telle est l'impérieuse nécessité qui se pose à la profession infirmière pour construire son avenir.

RACINES CULTURELLES AYANT ENGENDRÉ LES CONCEPTIONS ET L'APPROCHE DES SOINS

Leur évolution dans la longue durée
à partir des pratiques soignantes des femmes

Dans toutes les sociétés
rurales, avant l'hégémonie
du christianisme

À partir du XIII^e siècle

Soins prodigués par

Les acteurs

La « vieille femme », « la femme qui aide », la matrone, la saga, la sage-femme, condamnées par l'Inquisition à partir du XIV^e siècle, dépossédées des accouchements, puis de l'obstétrique à partir du XVIII^e-XIX^e siècle.

Les acteurs

Les femmes consacrées, religieuses soignantes qui deviennent à partir du XIII^e siècle **le modèle social des femmes soignantes**, modèle restant dominant jusqu'à la deuxième guerre mondiale.

• Conception et finalité sociale des soins :

Centrée sur la **fécondité** : donner, maintenir, développer la vie.

Autour de :

- la naissance → maintien, stimulation, développement de la vie
- l'incarnation comme insertion au monde
- la mort → en tant qu'autre naissance, naissance vers un au-delà... comme l'autre fin de la naissance, pas de séparation entre la vie et la mort.

• Conception du corps

— Le corps est le temple de l'esprit relié à toute la cosmogonie et influencé par elle,
il est insertion au monde
il est microcosme.

• Conception et finalité sociale des soins :

Le salut de l'âme, la vie dans l'autre monde

Autour de :

- la souffrance, la maladie
- la misère, la pauvreté
- la mort → comme terme à une vie entachée par le péché engendre en même temps la peur de la mort par culpabilité, peur de la condamnation éternelle.

• Conception du corps

— Le corps est vil, pervers, maléfique, vicieux, dangereux. Il menace la pureté de l'âme.
— Le monde est corrompu : le corps doit être protégé du monde → « *Contemptus mundi* » : le mépris du monde, le mépris de la vie.
— Les soins au corps seront donnés par « le personnel subalterne » issu des pauvres, des malades et des déshérités.

« LES FEMMES QUI AIDENT »

• **Le temps**

- Passé, présent et avenir ne sont pas dissociés,
- inscrit dans le cycle des saisons, des rythmes ritualisés, hérités des cultes païens (du pays, du lieu),
- marqué de la naissance à la mort par le franchissement d'étapes, de crises, de passages → **rites de passages**,
- inséré dans la durée reliant la vie présente à l'au-delà, prolongé par les cultes des ancêtres.

• **Le lieu**

- Chez soi, la maison (*domus*)
- autour de chez soi, auprès des voisins, des proches, dans un **environnement connu, familial**.

• **Les soins sont donnés :**

- aux femmes enceintes, aux accouchées,
- aux nouveau-nés, aux petits enfants,
- aux personnes âgées, aux mourants,
- aux malades.

• **Les soins sont :**

- pratiqués par des femmes**, après être passées et avoir connu différentes expériences au sein de leur propre corps, de la puberté à la ménopause :
- qui apprennent à partir de leur expérience en devenant expérimentées,
- qui développent une curiosité de l'esprit, questionnent, apprennent à discerner, à construire des savoirs,
- qui osent essayer, sont sujettes à erreur, mais apprennent de l'erreur,
- dont le rôle se modifie au fur et à mesure du franchissement des différentes étapes de la vie.

LES FEMMES CONSACRÉES

• **Le temps**

- Centré sur l'au-delà, l'éternité,
- rythmé par des jeûnes, les fêtes religieuses instaurées par la tradition judéo-chrétienne condamnant ou se substituant aux fêtes païennes,
- transformation de la symbolique des rites de passage.

• **Le lieu**

- D'abord, dans une institution fermée : l'hôpital dans lequel se trouve à partir du ^{xiii}e siècle la **clôture** des femmes consacrées congréganistes,
- puis, au domicile des pauvres, tout en vivant soi-même en confréries, sans clôture, la règle devant tenir lieu de clôture : Filles de la Charité, Sœurs des ordres locaux régionaux.

• **Les soins sont offerts :**

- aux malades indigents,
- aux vagabonds, des hôpitaux et hospices,
- aux pauvres honteux, à domicile, à l'exclusion des accouchées.

• **Les soins sont :**

- pratiqués par des femmes** qui doivent renoncer à elles-mêmes, à leur corps, à leur vie → pour la gloire de Dieu, et le salut du monde :
- qui ne sont plus « *rien* » au monde,
- qui doivent apprendre à « *être rien* »,
- qui sont soumises aux règles pensées et édictées par des hommes : abbés, évêques, supérieurs,
- qui doivent obéir, ne rien questionner,
- leur fonction peut changer, mais leur « *rôle* » reste inchangé.

« LES FEMMES QUI AIDENT »

• **But des pratiques soignantes**

- la stimulation du corps, son éveil et son développement,
- l'éveil et la mobilisation des aptitudes et capacités sensitives ↔ affectives ↔ sociales basés sur le confort, le plaisir, le jeu,
- intègre le paraître, l'esthétique, le corps, étant le temple de l'esprit, étant la VOIE de relation, de communication, permet la reconnaissance des autres, le sentiment d'appartenance au groupe.

• **Principal outil (véhicule) des soins**
Le corps lui-même

- les soins sont prodigués par le corps, et passent par le senti du corps,
- très grande utilisation des sens : de l'olfaction du toucher, particulièrement les **maines**,
- la **parole** comme « voie », comme preuve de l'existence en écoutant avant de parler, en apprenant de la personne soignée avant de conseiller.

• **Les sentiments**

- Sont exprimés par le rire, les pleurs
- expression et manifestation des émotions : de tendresse, de colère, de joie, d'amour, de haine, de peur, de honte...
 - les sensations, les émotions, les perceptions psycho-affectives construisent les sentiments, les représentations → la pensée,
 - construisent l'image du corps... en relation aux autres,
 - développent l'estime de soi.

LES FEMMES CONSACRÉES

• **But des pratiques de soins**

- le salut de l'âme,
- la rédemption du pécheur,
- les soins spirituels → les soins au corps étant leur support,
- le réconfort, le soulagement de la souffrance, mais sans chercher à l'éviter, pouvant même encourager son acceptation en raison de son pouvoir de rédemption du mal et du péché,
- rejette toute connotation de plaisir, toute forme ludique,
- bannit toute connotation avec le paraître, l'esthétique.

• **Principal outil (véhicule) des soins**

- **le discours**, l'exhortation, le conseil, la prescription morale,
- la prière,
- les sens sont condamnés comme « *portes de la mort* », « *portes de l'enfer* »,
- l'enseignement de ce qu'il est bon de faire, de ce qui est mal, de ce qu'il faut savoir, de ce que l'on ne doit pas savoir, est dispensé en termes de règles de conduite.

• **Les sentiments**

- sont inexprimés, étouffés, condamnés,
- doivent être cachés, masqués derrière des conduites,
- sont à bannir comme honteux,
- sont remplacés par « *le sens du devoir* », la satisfaction de bienfaisance,
- pauvreté, anéantissement de l'image de soi,
- développement de sentiments d'infériorisation, de minimisation, de culpabilité tout en étant sublimés par le sentiment de sauver le monde, d'utilité par la bienfaisance, le rachat du mal.

« LES FEMMES QUI AIDENT »

• **Savoirs → Connaissances**

- habileté à observer, à apprendre des situations, à comprendre,
- développement des aptitudes à « sentir », à discerner, à élaborer un jugement critique,
- mobilisation d'une grande somme de savoirs → et de connaissances des pratiques du corps, des pratiques alimentaires, de leurs effets soignants et thérapeutiques,
- savoirs d'expériences qui n'utilisent pas l'écriture,
- savoirs empiriques construisant un patrimoine de connaissances mouvantes, dynamiques, variables suivant les climats, le relief, les ressources du sol et du sous-sol, l'environnement.

• **La recherche**

- est basée sur **une observation très fine**, sur l'expérience, sur le questionnement,
- intègre le tâtonnement, l'essai et l'erreur comme source de savoirs,
- suscite des interprétations intégrant le réel et l'imaginaire, élaborant des significations symboliques,
- dépend des modifications des « outils », de la vie quotidienne donnant naissance à des technologies artisanales.

• **Dynamique d'action**

- les soins sont prodigués dans un système **d'échange, de services, de réciprocité**.
- Solidarité, entraide.
- Soignés comme soignants sont des **acteurs sociaux**. Ils apprennent l'un de l'autre et s'enrichissent l'un l'autre.
- Pas de sentiment d'amoindrissement, ni d'amenuisement de l'estime de soi, ou de sentiment de redevance.

LES FEMMES CONSACRÉES

• **Connaissances**

- Apprendre s'opère par la grâce de Dieu, par la soumission aux règles, par l'imitation de procédures de routine, par conformisme à un modèle sublimé.
- Insistance sur la conduite, sur le comportement conforme à la règle.
- Utilisation de l'écriture pour lire les règles, quelques livres saints.
- L'éventail des savoirs est limité aux règles, aux exhortations, aux ordres des supérieurs. Les zones d'initiatives concernent les préparation officinales, l'intendance.

• **La recherche**

- substitution de la pratique de **l'observance** à celle de l'observation,
- tout questionnement, toute curiosité est interdite comme « *impure* », malsaine,
- la soumission ne permet pas la recherche, sauf exception → pas de recherche dans le domaine des soins (l'exception tolérée concerne les préparations officinales),
- par contre l'intendance et la gestion sont sources de questionnement.

• **Dynamique d'action**

- obéir → servir,
- dévotion, humilité, sacrifice,
- propose une aide,
- développe l'idée de bienfaisance envers les assistés obligés à la **gratitudo**, à la dépendance,
- entretient l'impersonnalisation: personne ne ressemble plus à un pauvre qu'un autre pauvre,
- sentiment d'utilité lié au salut du monde, au rachat, au devoir, au mérite.

• **Économie**

— Les soins s'inscrivent dans un système **d'économie de subsistance**, dans un système d'échange.

— Le service est reconnu, estimé, mais sans circulation d'argent. Il donne lieu à des échanges de biens en nature, de services de réciprocité.

• **Économie**

— L'économie de profit instaure le **système de bienfaisance**.

— Les femmes consacrées soignantes sont l'axe d'un système économique de rapport : en raison de leur travail, des dons, des legs, des fondations, des biens de toute nature sont donnés aux institutions qui s'enrichissent. Procurer des soins aux indigents devient source de profit sans que le travail des religieuses ne soit pris en compte, ne soit évalué en temps, en pénibilité, en efficacité, il « *n'a pas de prix* » (leur récompense est dans l'au-delà).

ÉVOLUTION CULTURELLE DE LA CONCEPTION ET DE L'APPROCHE DES SOINS

Fin XVIII^e-XIX^e siècleFin XIX^e-XX^e siècle
jusque vers 1970

Soins prodigués par

Les acteurs

Les gardes-malades

D'abord, anciennes nourrices, anciennes sages-femmes, puis, personnes désirant s'adonner aux soins des malades : dames visiteuses, religieuses (parfois curés de campagne).

Les acteurs

Les gardes-malades hospitalières instruites, les infirmières et infirmiers des hôpitaux.

• Conception et finalité sociale des soins

— auprès des accouchées : assurer la garde, les soins de suites de couches, les soins du nouveau-né,
— auprès des malades, vieillards, mourants : assurer la garde, les soins d'aisance et de confort, donner les remèdes (dont la plupart restent à l'initiative des gardes-malades).

• Conception et finalité sociale des soins

— idéologique : **servir le malade**, ce qui investit l'infirmière d'une véritable **mission**, qui requiert une **vocation**,
— de fait, **servir le médecin** :
« *L'infirmière doit par une connaissance appropriée de l'être qui souffre et de la maladie en elle-même constituer l'instrument parfait qui a pour fonction principale de se tenir à portée de la main du médecin. C'est celui-ci qui doit de cet instrument docile faire l'usage voulu.* »
(L'Infirmière Française, 1925-1926, p. 299.)

• Conception du corps

— héritée du milieu populaire pour les gardes venant de la campagne, anciennes nourrices, ou sages-femmes, proximité avec le corps,
— héritée du milieu religieux pour les religieuses, les personnes de rang social élevé : distanciation avec le corps.

• Conception du corps

— Seul le **corps malade** est pris en considération.
— Le corps du malade devient objet : de diagnostic → dépistage de la maladie de traitement → surveillance du traitement. La **maladie** devient l'épicentre des **techniques** de soins.
— Le corps est objet de prévention, entraînant les contrôles sanitaires et les contrôles sociaux.
— Il faut éduquer le corps en fonction de règles médicales d'hygiène alimentaire, sportive, etc.

LES GARDES, GARDES-MALADES
À DOMICILE

• **Le temps**

— Temps lié à des épisodes de la vie privée de telle ou telle famille : épisodes requérant une aide supplémentaire :
une naissance,
le grand âge,
les prémices de la mort.

• **Le lieu**

— Au domicile des gens de classe aisée, de marchands et gros commerçants : soins donnés par les gardes et gardes-malades.
— Au domicile des pauvres : soins donnés par les religieuses, dames d'œuvre, parfois curés de village.

• **Les soins offerts**

— aux femmes en couches et accouchées,
— aux nouveau-nés,
— aux malades, vieillards,
— aux mourants,
suivant l'appartenance de classe sociale et quelles soignantes prodiguent les soins.

LES INFIRMIÈRES/ERS

• **Le temps**

— est celui de la maladie, désinsérée du contexte de la vie,
— temps fractionné en tâches imposées par la division du travail que dictent les outils techniques du diagnostic et du traitement.

• **Le lieu**

— **L'hôpital :**

devient un lieu de **naissance de la clinique** (Bichat, Laënnec),
devient un lieu de cure pour les grands fléaux sociaux : tuberculose, maladies responsables de la mortalité infantile, tend à devenir un lieu de traitement, puis de formation et de recherche.

L'hôpital garde sa vocation d'accueil et d'hébergement pour les personnes sans ressources et les vieillards.

— **Le domicile des pauvres :** soins de confort donnés par les religieuses, accompagnés de soins spirituels

— **Le domicile des classes moyennes** pour les premières injections médicalementeuses (après 1945) et les premiers traitements médicaux (AMI).

• **Les soins offerts**

à des **malades :**

— indigents et déshérités,
— de toute classe sociale,
c'est le **statut de malade** qui prime.

LES GARDES, GARDES-MALADES À DOMICILE

• Les soins sont pratiqués par

— des femmes, dont les savoirs populaires se heurtent aux habitudes plus polices de la ville,

• Le plus souvent illettrées, ou peu instruites, à l'intention desquelles médecins et chirurgiens publient les **manuels pour gardes-malades** dès la fin du XVIII^e siècle,

— des religieuses formées par les règles conventuelles s'inspirant de celles des Filles de la Charité.

• But des pratiques de soins

— Suppléer tout ce que la personne (accouchée, malade, âgée...) ne peut faire par elle-même :

la nourrir,
donner des soins au corps,
veiller aux fonctions d'élimination,
assurer une présence.

— Préparer les remèdes et les donner : certains sont prescrits par les médecins : lavements, sangsues ; d'autres demeurent à l'initiative des gardes : tisanes, potions.

LES INFIRMIÈRES/ERS

• Les soins sont pratiqués par :

— des femmes consacrées, religieuses soignantes,

— infirmières laïques

devant avoir la vocation,
devant faire preuve de courage, de dévouement, d'abnégation, de conscience professionnelle,
devant éviter de se marier : le célibat est recommandé,

devant posséder les qualités de l'infirmière (jusqu'à 340),

devant répondre à ce qui est attendu du personnage de l'INFIRMIÈRE,

— des infirmiers laïcs diplômés (ils sont rares).

• But des pratiques de soins

— Pratiques relevant du **rôle moral** de l'INFIRMIÈRE

propreté, hygiène du malade, réconfort, soulagement de la souffrance, éducation du malade et de sa famille.

— Pratiques relevant du **rôle technique** de l'INFIRMIÈRE. « **Agent d'information** :

l'infirmière observe de son mieux et signale au médecin les faits susceptibles de le renseigner sur la nature et l'évolution de la maladie ». « **Agent d'exécution**, elle veille à ce que les prescriptions thérapeutiques soient suivies, les traitements appliqués, la surveillance des malades assurée. »

LES GARDES, GARDES-MALADES
À DOMICILE

• **Principal outil (véhicule des soins)**

— Pour les gardes-malades mercenaires, le corps demeure le principal véhicule des soins,

le chant accompagne le sommeil de l'enfant : comptines, berceuses.

Outre le corps, les outils sont ménagers : servant aux repas, à la toilette.

Quelques outils médicaux → le clystère.

— Pour les religieuses et dames de charité, la parole, l'exhortation, le conseil, demeurent le véhicule des soins spirituels, de l'éducation morale.

• **Les sentiments**

— Avant les manuels et l'instruction médicale : expression haute en couleur et imagée des émotions et des sentiments, contrastant avec la retenue des gens de bien, pouvant aller jusqu'à « la vulgarité ».

— Depuis l'instruction médicale : expression réprimée des sentiments remplacée par les bonnes manières, par une conduite policée, telles que recommandées par les manuels.

LES INFIRMIÈRES/ERS

• **Principal outil (véhicule des soins)**

— Les outils techniques prennent le pas sur le discours, l'exhortation, la parole : « *plus le temps de parler avec les malades* ». La parole demeure pour les conseils, l'éducation du malade.

— Les outils techniques se multiplient au fur et à mesure qu'ils sont délaissés par le médecin : thermomètre, manomètre, appareil à tension, outils d'analyse : analyses d'urines, outils d'injection, de perfusion, outils de pansements, outils de **diagnostic** et de **traitement** d'une complexité technique de plus en plus grande, servant au diagnostic médical et au traitement médical de la maladie.

— Les outils de confort sont dévalorisés, voire ignorés, au fur et à mesure de l'accroissement du rôle technique. Le corps du soignant n'est plus véhicule des soins.

Seules ses mains procèdent à la toilette qui devient une technique d'hygiène : elle n'est plus porteuse de soins de stimulation.

• **Les sentiments**

— ne peuvent s'exprimer ouvertement,

— doivent être maîtrisés, retenus,

— sont remplacés par :

le sens du devoir accompli,

la satisfaction de faire du bien au malade, de soulager la souffrance,

la fierté d'être utile à l'humanité,

— développement de sentiments :

de minimisation, de défiance de soi : « *je n'ai fait que...* »,

de culpabilisation,

de soumission et de dépendance,

d'insatisfaction et d'impuissance à faire reconnaître sa compétence,

de dévalorisation sociale.

LES GARDES, GARDES-MALADES
À DOMICILE

• **Savoirs et connaissances**

— **Savoirs empiriques** autour des soins au corps, de l'utilisation des plantes. Les savoirs empiriques vont en se dégradant en raison :
du déracinement du terroir,
de la perte du tissu communautaire du village,
de l'écart entre les façons de vivre à la ville et à la campagne,
du mépris des médecins pour les savoirs populaires,
de la crainte et de la vigilance des médecins qui condamnent « *ces Esculapes en jupe* » et qui fustigent « *la prétention des gardes-malades aux connaissances médicales*. »
— Substitution des **savoirs d'instruction** aux savoirs empiriques : diffusion des manuels pour gardes-malades, rédigés par les médecins, centrés sur le savoir-faire accompagné de règles de conduite.

LES INFIRMIÈRES/ERS

• **Connaissances**

— Les savoirs d'expérience n'ont pas de place reconnue.

— L'axe du savoir est comportemental : il s'érige autour de la **conduite à tenir** par l'infirmière, conduite guidée par son rôle moral et par son rôle technique.

— **Sources de connaissance du rôle moral :**

la morale professionnelle
l'historique hagiographique
la discipline de l'école, de l'internat et de l'hôpital.

— **Sources de connaissance du rôle technique :**

l'enseignement donné par les médecins, les manuels rédigés par les médecins pour les enseignements dits « théoriques ». Dominante de la théorie : les **principes** de l'asepsie.

L'apprentissage par répétition et mimétisme pour les « pratiques » ou « les soins techniques », enseignés par les monitrices-infirmières. Manuels de techniques rédigés par les monitrices-infirmières.

La lecture est limitée à celle des cours, des manuels à l'usage des infirmières. Toute lecture autre que professionnelle ne trouve pas à s'insérer pour enrichir les connaissances professionnelles. L'écriture sert à la prise de note, aux interrogations.

Pour les leaders, l'écriture sert : à rédiger des textes de morale professionnelle, des manuels de pratique.

LES GARDES, GARDES-MALADES À DOMICILE

• La recherche

— En proposant des généralisations abusives, le manuel uniformise la pensée, prohibe le questionnement.

— Instauration d'une pensée mécaniste, uniformisée, limitée à l'accomplissement de tâches, l'exécution de recettes, donnant pour scientifique ce qui ne l'est pas, en prohibant le questionnement.

• Dynamique d'action

— Laissée à l'initiative personnelle jusqu'à ce que les médecins forment les gardes-malades pour devenir « *les lieutenants des médecins* » (Fodéré).

— Les manuels assignent aux gardes-malades la « *conduite à tenir* », remplacent l'expérience acquise par la vie, par les qualités que doit avoir une garde-malade, prélude à l'attendue des qualités de l'infirmière.

LES INFIRMIÈRES/ERS

• La recherche

Le questionnement, la curiosité d'esprit sont découragés par l'impérative soumission aux prescriptions médicales. « *Lorsque le chef a parlé, l'infirmière se tait, elle n'a plus d'opinion, elle n'a plus qu'à exécuter la prescription aussi parfaitement qu'elle saura le faire* », affirmait Léonie Chaptal.

Lorsqu'exceptionnellement il y a questionnement, observation, permettant l'amélioration des soins de confort, ou de techniques, il n'y a pas de support d'écrits professionnels pour assurer la pérennité des travaux, leur appartenance au groupe professionnel.

• Dynamique d'action

Comportementaliste :

L'infirmière doit faire ce qui lui est prescrit.

Le malade doit se soumettre à ce qu'on lui ordonne, faire ce qu'on lui conseille.

« **Conduite à tenir** » par l'infirmière.

« Conduites à prescrire » aux mères de famille.

« Règles de conduite » à observer pour être un bon malade.

LES GARDES, GARDES-MALADES
À DOMICILE

• **Économie**

— Instauration du premier financement de soins à domicile : les gardes-malades, « mercenaires », dans le sillage des nourrices, se font rétribuer leur service.

Louer son travail pour offrir des soins est jugé inconvenant dans une société où : les soins aux pauvres relèvent de la bienfaisance, les soins aux riches, de la domesticité, outrecuidance de recevoir une rétribution pour « *les tâches basses et triviales du corps* »,

avantages en nature du couvert et du logement lorsqu'elles demeurent à domicile,

difficulté d'évaluer économiquement le rapport du temps passé au domicile et la réalisation effective de soins (question cruciale qui demeurera au cœur du financement des soins à domicile).

— Les soins donnés par les religieuses restent gratuits jusqu'à l'arrêté du 22 mars 1947 instituant les Actes Médicaux Infirmiers (AMI).

LES INFIRMIÈRES/ERS

• **Économie**

— L'éloge du dévouement, de la conscience professionnelle, préconisé par le rôle moral,

l'absence de législation du travail, encouragent des horaires très lourds, des salaires très bas,

dévalorisation sociale et économique des soins aux dépens des traitements.

— En dépit de cela, les « soins » qui étaient source de rapport pour l'hôpital commencent à devenir source de dépenses : le remplacement des religieuses par un personnel laïc, le développement technique de l'hôpital font des soins non plus une source de rapport mais de coût.

— L'instauration d'une couverture de Sécurité sociale encourage le développement d'une médecine curative.

— Des infirmières laïques quittent l'hôpital pour donner à titre libéral des soins à domicile dont le paiement sera régi par la nomenclature.

Dans leur sillage, les soins à domicile donnés par les religieuses deviennent payants. Elles obtiennent le tiers-payant.

Notes

1. Par valeurs *ethnocentriques* il faut entendre les valeurs reconnues comme estimables et souhaitables dans un groupe donné : valeurs auxquelles le groupe attache parfois un prix tel que ne pas les reconnaître peut encourir l'exclusion du groupe (exclusion par meurtre, bannissement, excommunication, etc.).
2. Par pratiques soignantes, il faut entendre toutes les pratiques ayant contribué ou contribuant à maintenir, développer, stimuler les possibilités de vivre des êtres vivants, dans le but d'assurer la continuité de la vie de l'espèce.
3. Susan George, *Jusqu'au cou*, Paris, La Découverte, 1988. Susan George dénonce dans ce livre l'accroissement de la dette du Tiers-Monde qui enrichit les pays riches aux dépens des pays pauvres qui sont acculés à mourir de faim en étant dépossédés du fruit de leur travail et en particulier de l'abandon des cultures vivrières au profit des cultures commerciales.
4. Claude Lévi-Strauss, *Les Structures élémentaires de la parenté*, Paris-La Haye, Mouton, 1971.
5. Ceci se retrouve dans la Genèse sous la forme de l'arbre de la science du BIEN et du MAL : c'est l'homme qui attribue une signification à ce qui l'entoure, ce qui le détache du monde animal, en lui conférant un attribut de DIEU.
6. François Laplantine, *Les Cinquante mots-clés de l'anthropologie*, Toulouse, Privat, 1974, p. 164.
7. L'origine du mot « connaissance » vient de *connaître*, naître avec : ce qui me fait naître, ce qui me permet de continuer à naître, ce qui d'un savoir construit et utilisé avec les autres donne naissance à la vie du groupe et de la personne par le groupe.
8. Yvonne Verdier, *Façons de dire, façons de faire*, Paris, PUF, 1979.
9. Arnold Van Gennep, *Manuel de folklore français contemporain*, t. I, 1^{re} partie, *Cérémonie familiale du berceau à la tombe*, vol. 1, *Naissance, Baptême, Fiançailles*, Paris, Picard, réédition, 1982.
10. André Leroi-Gourhan, *L'Homme et la matière*, Paris, Albin Michel, 1943, et *Milieu et techniques*, Paris, Albin Michel, 1944.
11. L'écriture a joué un grand rôle dans l'accélération du rythme technologique. Les écritures demeurées en idéogrammes ont sans doute freiné la rapidité du développement technologique, mais elles sont susceptibles d'être plus favorisées par l'informatique. Le rythme de la progression des technologies a pu aussi être délibérément freiné par des options fondamentales de philosophie de la vie, tels qu'ont pu le montrer des travaux d'anthropologues à l'heure actuelle.
12. Sur le pouvoir de l'écriture, voir Henri-Jean Martin, *Histoire et pouvoir de l'écrit*, Paris, Perrin, 1988.
13. Anthropologie du salut au sens où l'entend Jean Delumeau dans son livre *Le Péché et la peur. La culpabilisation et la peur, XIII^e-XVIII^e siècles*, Paris, Fayard, 1984. Voir aussi Louis Vincent Thomas, *L'Anthropologie de la mort*, Paris, Payot, 1975.
14. Jean Delumeau, *op. cit.*, p. 24.
15. François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986.
16. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.
17. Jean-Pierre Peter et Jacques Revel, « Le corps — L'homme malade et son histoire », in *Faire de l'histoire*, Paris, Gallimard, 1974, p. 175.
18. Voir à ce sujet : Mary Chamberlain, *Histoire des guérisseuses*, Paris, Éditions du Rocher, 1983, trad. de l'anglais ; Marie-Françoise Collière, *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1982, 1^{re} partie,

p. 23-119 ; Marie-Françoise Collière, « La Créativité, un défi au cours de l'histoire de la profession infirmière » (inclus dans cet ouvrage) ; Marie-Françoise Collière, « Une histoire usurpée, l'histoire des femmes soignantes », in *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*, Cahier de l'AMIEC, n° 10, 1988.

19. Michel Foucault, *Histoire de la sexualité - La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976
V Droit de mort et pouvoir sur la vie.

20. Monette Vaquin, *Main basse sur le vivant*, Paris, Fayard, 1999.

21. Jacques Gélis, *La Sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988.

À consulter également

Delumeau J., *La Peur en Occident. XIV^e-XVIII^e siècle*, Paris, Fayard, 1978.

Loux F., *Le Corps dans la société traditionnelle*, Paris, Berger-Levrault, 1979.

Loux F., *Traditions et soins d'aujourd'hui*, 2^e éd., Paris, InterEditions, 1990.

Rousselle A., *Porneia*, Paris, PUF-Stock, 1983.

Vigarelo G., *Le Propre et le sale L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, Paris, Seuil, 1985.

Identité infirmière : du mythe au rêve... à la réalité... ?*

L'identité infirmière ? Telle est la question posée aujourd'hui, comme thème de ce colloque. Quel besoin révèle-t-elle ? Quelle aspiration ? Quelle souffrance aussi ? En tous les cas, quel inconfort ? Pourtant, ce besoin de cerner cette identité a commencé à se révéler depuis une trentaine d'années, puis à se formuler progressivement au point de pouvoir être nommé, ce qui ne fut pas le cas pendant longtemps.

PRÉMICES D'UN QUESTIONNEMENT SUR L'IDENTITÉ INFIRMIÈRE

On peut situer le début du questionnement sur l'identité infirmière, non seulement en France, mais aussi aux États-Unis et au Canada, avec les signes avant-coureurs du *malaise infirmier* qui ont commencé à se manifester dès 1960, pour s'affirmer au sein des mouvements sociaux de 1968, et continuer à s'exprimer par rebonds successifs avant d'éclater de façon fracassante en 1988, puis à nouveau en 1991, entraînant tout le *Mouvement de la coordination infirmière*... du jamais vu !

De fait, l'ambiguïté vécue par le personnel infirmier au sein des institutions sanitaires — particulièrement de l'institution hospitalière — en raison des tensions s'affirmant entre les valeurs idéologiques transmises

* Cette conférence fut donnée le 25 Novembre 1995, à Besançon, dans le cadre du colloque « *Identité Infirmière : Du rêve à la réalité* », organisé par le Groupe de recherche en soins infirmiers, créé par Claire Journiac, infirmière anesthésiste au centre hospitalier de Besançon.

par la formation et les avancées de la technicité, accompagnées du sentiment d'une dévalorisation entraînant insatisfaction et réduction de la durée d'exercice, incitait à se demander de façon plus ou moins confuse : « mais qu'est-ce qu'on fait là ? », « pour qui nous prend-on ? » « quel avenir se dessine pour nous ? », ce destin demeurant encore lié au pouvoir et aux décisions des autres (médecins, administrateurs...).

N'arrivant pas à maîtriser les moyens d'analyse pour élucider ce malaise, ceci s'est traduit par un besoin forcené de supputer ce qu'il adviendrait de la profession infirmière dans un futur virtuel, entre autre de l'imaginer dans le mirage plus ou moins proche de l'an 2000. « Quelle infirmière pour l'an 2000 ? » laissait entendre de façon sous-jacente une préoccupation plus profonde : quel avenir pouvait se dessiner pour celles qui se sentaient non reconnues, sinon méconnues ?

Ce souci d'un avenir professionnel morose m'a valu d'être sollicitée lors de conférences pour tenter de désembuer le futur que pourrait connaître la profession, comme ce fut le cas le 30 mars 1968, à l'occasion du 30^e anniversaire de l'École d'infirmières Émile Roux à Clermont-Ferrand, où la demande initiale concernait : « Quelle infirmière pour demain ? »

Que pouvait signifier cette demande d'investigation du futur ? Cette prospection à l'aveugle sur les perspectives d'avenir sans maîtriser le présent et sans comprendre dans quoi le présent plongeait ses racines m'apparut un piège. Aussi, ai-je proposé de réfléchir sur ce qui à l'époque fit beaucoup de bruit et de remous, en France comme à l'étranger : **« Infirmières... qui sommes-nous ? »**

Qui sommes-nous ? le savons-nous déjà bien nous-mêmes, nous qui posons la question. Quand prenons-nous le temps de nous le demander ? De nous interroger sur ce que nous faisons, sur notre raison sociale d'exister, sur notre rôle dans les différentes activités auxquelles nous sommes appelées à participer ?¹.

Après avoir posé cette interrogation, il m'est apparu indispensable de la relier à ce qui est supposé représenter notre fonction : SOIGNER.

Dès la communication faite ce jour-là, constatant l'intérêt et les répercussions qu'elle a suscitées, je me suis dit qu'*il était indispensable de s'interroger sur ce qui de près ou de loin participait à l'identité professionnelle infirmière*, sur ce qui l'entravait, la transgressait, la biaisait, en transformait la finalité. Plus j'avancais dans mes préoccupations pour identifier le malaise infirmier, plus je me suis rendu compte que *c'était*

justement l'identité de notre métier qui nous échappait, et par conséquent, il ne pouvait être possible de prétendre à quelque avancée sociologique et économique sans le révéler. Nous pourrions bien nous lamenter encore longtemps sur les conditions de travail délétères... inadaptées..., gémir sur notre sort et implorer qu'« on nous reconnaisse », c'était là une voie sans issue.

C'est alors que je fus interpellée par ce leitmotiv du « *rôle de l'infirmière* » constamment invoqué dans les instances professionnelles pour définir l'objet de notre profession, voire sa finalité. J'ai commencé à constater qu'il fallait soulever l'épaisseur du « voile » que cachait ce « *rôle* » et à sentir la nécessité d'explorer ce qui l'avait façonné. N'étions-nous pas derrière un masque à double facette : celui de « l'infirmière » et celui de notre prestation, masque qui nous empêchait de cerner notre double identité : celle de notre métier, et la nôtre... en tant que personne, à savoir en tant que femme exerçant ce métier.

Quête d'identité ? Mais de quelle identité s'agissait-il ? De la finalité du métier infirmier ? du corps professionnel désigné comme « infirmier » depuis la fin du XIX^e siècle ? Ou de l'identité de l'infirmière ? La question embarrassante : « Qu'est-ce qu'être infirmière ? », « Qu'est-ce qu'une infirmière ? » a mis plus d'une d'entre nous dans la difficulté d'y répondre. Et davantage encore lorsqu'elle était posée à des infirmiers.

Pouvait-on cerner la diversité des facettes de l'identité professionnelle infirmière sans explorer le processus d'identification ayant fait aboutir au « *rôle de l'infirmière* » ? C'est ce cheminement permettant de cerner le processus d'identification au rôle des femmes soignantes jusqu'à celui de la [femme]-infirmière-auxiliaire-du-médecin que je me suis proposée d'explorer, cheminement dont j'ai retracé l'analyse dans la première partie de *Promouvoir la Vie De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*² où je crois pouvoir dire que les termes d'« identification », de « pratiques soignantes », de « rôles »... et « d'identité professionnelle » ont été explicitement abordés pour la première fois (1982), ce qui fort heureusement a donné lieu à d'autres travaux, à partir des années quatre-vingt-dix.

Il ne sera pas de mon propos aujourd'hui de vous redire ce que vous pouvez trouver dans ce livre en le confrontant à votre expérience, mais de faire ressortir quelques raisons qui ont sérieusement entravé et continuent de peser sur les possibilités de cerner « l'identité professionnelle infirmière » chargée de connotations allant du mythe au rêve, reléguant dans l'ombre la réalité.

LE MYTHE

Le mythe s'imisce dans tout ce qui est attendu, décrit, honni, souhaité, désiré de l'INFIRMIÈRE. C'est elle, l'INFIRMIÈRE, personnage magnifié ou rabaissé, sublimé ou méprisé, figure mythique de l'Éternel féminin, à la fois convoitée et bannie, qui demeure encore plus souvent qu'on l'imagine le référent de la pratique soignante avec laquelle elle a été longtemps assimilée, au point d'avoir défini juridiquement la profession infirmière, de 1922 à 1978, par *la définition de l'infirmière*.

De fait, tout le mouvement de professionnalisation de la profession infirmière, instauré à la fin du XIX^e siècle, va prendre son ancrage sur « L » infirmière. C'est elle qui va se trouver assimilée aux soins qu'elle prodigue, au point d'être confondue avec eux, puisque tout, depuis les qualités, les motivations nobles, la formation visant à modeler son comportement, les attendus du médecin, seront là pour permettre d'identifier une « bonne » ou une « mauvaise » infirmière et répondre de ce qu'elle doit être plutôt que de ce qu'elle fait. C'est la conception de ce qu'elle doit être qui oriente ce qu'elle fait, et comment le faire, requérant d'elle obéissance et soumission. C'est ce qui doit caractériser L'INFIRMIÈRE qui est identifié par la détermination du rôle moral, non l'objet de la finalité professionnelle de sa fonction.

Toutefois, la figure emblématique de L'INFIRMIÈRE n'aurait pas pu s'esquisser, et encore moins s'imposer pendant plus d'un siècle sans trouver ses racines dans un mythe fondateur beaucoup plus profond, porteur de représentations antagonistes, qui est celui de la FEMME. La [femme]-infirmière-auxiliaire-du-médecin, tout en devant faire abstraction de ce qu'elle est comme femme, hérite du foisonnement des images fantasmées par rapport à LA FEMME, devant subir le poids de leur double polarisation positive et négative tel qu'a pu le faire apparaître Sara Matthews-Grieco dans son remarquable ouvrage **Ange ou diablerie**, à partir de l'analyse de la représentation de la femme dans les emblèmes et estampes du XVI^e siècle³. Occupant un rang bien défini dans l'organisation « masculine » de l'univers, la femme doit composer entre ce qui lui revient de la nature, tout en s'efforçant de dompter constamment cette nature rebelle et impulsive pour accéder à la vertu de sa condition féminine. Il lui revient d'opérer le passage de la femme-NATURE à la FEMME-Transcendée, de franchir le règne de la nature pour accéder au milieu divin :

La femme-NATURE et La FEMME Transcendée*(qui est au-dessus de l'ordre de la nature)*

mère	vierge
impure	pure
sauvage	policée
redoutable	sublimée
castratrice	protectrice
perverse	vertueuse

En un mot :

DIABLESSE	ou	ANGE
EVE	ou	MARIE

Au cours du XIX^e siècle, les gardes-en-couche et gardes-malades, en pénétrant dans le milieu policé de la société bourgeoise, sont invitées à se débarrasser des scories du milieu populaire pour accéder aux vertus de la femme-ange qu'il est possible de modeler dans le milieu clos des hôpitaux où se façonnera le personnage de L'INFIRMIÈRE. Il s'agit pour L'INFIRMIÈRE, par le biais de la formation, d'accomplir, dans le sillage des [femmes]-consacrées, ce passage de la femme-NATURE à LA FEMME Transcendée, oblatrice, dépossédée de son corps sexué, si ce n'est pour retrouver la dédication d'une maternité sublimée. Ces représentations mythiques de LA FEMME, avec leur double connotation de ce qui est souhaitable et ce qui est à bannir se retrouvent dans les historiques chargés de forger l'idéologie professionnelle, inspirent les « conduites à tenir » et « le rôle de l'infirmière » décrits dans les manuels rédigés à leur intention, se manifestent par l'uniforme, s'expriment par l'iconographie, comme celle développée par les cartes postales de propagande de la Guerre de 14, se traduisent par des métaphores et paraboles qui émaillent la littérature professionnelle, comme en atteste ce prologue de *L'Infirmière Française*⁴ :

L'infirmière française ! Religieuse ou laïque, partout où elle passe, les douleurs s'apaisent, les larmes tarissent. Son voile blanc comme les ailes des anges, ou bleu comme l'azur du ciel, porte dans ses plis l'espérance et la bonté. Quelle sainte, quelle admirable mission de charité ou de solidarité humaine (...) accomplissent ces nobles femmes qui ne veulent pas d'autre amour que celui du malheureux, en qui les uns croient voir l'image du Christ rédempteur, en qui les autres trouvent la satisfaction de leur besoin de sacrifice et de dévouement ! À toutes ces servantes d'un idéal qui est le nôtre, nous voulons tendre la main pour cheminer ensemble. Professeur Calmette.

Ainsi, faut-il que l'infirmière, tout en devant faire constamment abstraction de ce qu'elle est en tant que femme pour devenir L'INFIRMIÈRE, donne la preuve que c'est l'identification au dévouement, à la générosité, à l'oubli de soi, attendus des femmes, qui est en soi thérapeutique. Il y a assimilation entre « être infirmière » et la prestation prodiguée par l'infirmière au point d'une fusion entre savoir « être infirmière » et savoir soigner. Florence Nightingale, elle-même, s'est laissée entraîner par ce mythe fusionnel entre les soins et celle qui soigne, lorsqu'elle s'est écartée de ce qu'elle avait écrit dans *Notes on Nursing* sur « Soigner... ce que c'est et ce que ce n'est pas » où toute la focalisation était sur ce que soigner représente, tandis que dans le dernier tiers de sa vie elle aimait à répéter « What a nurse is to be », « Ce que doit être une infirmière ».

Cette fusion entre INFIRMIÈRE et soins, identifiant l'infirmière aux soins (fusion qui demeure sous-jacente encore aujourd'hui⁵) n'a pas été sans influencer les malades, encore jusqu'à ce jour. Il est frappant de constater qu'il est extrêmement rare que les malades ou leur famille soient à même d'explicitier en quoi ils pensent être « bien soignés ». Pour en avoir fait plus d'une fois l'expérience avec les usagers des soins à domicile, ils expriment leur satisfaction en termes de « bonne infirmière »... « elle est gentille »... « compréhensive »... « attentive »... et plus récemment : « compétente »..., sans établir de lien avec ce que réalise l'infirmière et la finalité de ce que les soins se proposent d'atteindre, en un mot avec la nature des soins prodigués et ce qu'ils sont supposés accomplir, compte tenu de la nature des déficiences ou des diminutions fonctionnelles à palier et des difficultés socio-éducatives à accompagner.

Dans le même ordre d'idée, avec l'évolution des outils techniques utilisés par l'infirmière, le personnage moral de L'INFIRMIÈRE s'est peu à peu revêtu d'une aura technique et a été assimilé à l'outil technique utilisé de façon dominante. C'est ce qui valut aux infirmières d'être appelées « les piqueuses » durant plusieurs décennies. Elles-mêmes, ne se sont-elles pas assimilées à la seringue, jusqu'au « ras la seringue » du Mouvement de Coordination, déplorant à la fois cette image qui embuait ce qu'elles offraient d'autre, tout en la renforçant de façon contradictoire dans la représentation populaire. C'est également l'outil infirmier dominant qui sert de support médiatique et marque de son sceau la représentation identitaire de l'infirmière à la télévision, renforcé par les uniformes de circonstance suivant qu'il s'agit d'une émission sur la réanimation ou sur le sida... L'outil et l'uniforme magnifient l'aura de ce qui est supposé être présenté comme « soins », au point que les soins à domicile, les soins

de santé en Santé maternelle et infantile, comme les soins en psychiatrie font figure de parents pauvres.

Par ailleurs, le mythe fusionnel de l'« infirmière-soin », masquant la nature de sa prestation professionnelle fera de l'infirmière le référent de la valeur sociale et économique de ce qu'elle accomplit. À ce titre la pratique infirmière, assimilée à L'INFIRMIÈRE, oscillera entre une valeur inestimable... qui n'a pas de prix, comme ce que l'on peut attribuer à l'Éternel féminin..., et une valeur nulle, ou dévaluée en raison de la nécessaire abdication attendue des femmes et de la nature humble et cachée de ce qu'elles assurent au quotidien. De fait, il y a une oscillation permanente entre une surestimation d'une valeur mythique accordée à la pratique infirmière, confondue avec l'infirmière elle-même : « c'est unique »..., « il n'y a qu'elles qui peuvent faire cela »..., « d'ailleurs, il faut avoir la vocation pour le faire » (ce que pensent encore beaucoup de personnes), et la minimisation de ce que réalisent les infirmières avec toutes les conséquences que l'on connaît par rapport à l'écart de leurs salaires avec celui des médecins, ainsi que les taux de cotation de leurs actes, sans parler de leurs conditions de travail.

Enfin, faut-il le rappeler, les stigmates du mythe fusionnel de « l'infirmière-soin » ont profondément marqué de leur empreinte ce qui au départ de la vie est le fondement de toute identité : l'identité sexuée. Tandis que le façonnement du personnage de L'INFIRMIÈRE devait gommer l'identité sexuée de la femme-NATURE pour devenir la FEMME-Transcendée, avec toutes les conséquences psychosociales que cela représente, les infirmiers des hôpitaux généraux⁶, pris dans ce mouvement de professionnalisation, se trouvèrent confrontés à une fusion encore plus insidieuse avec la représentation féminine de la profession : représentation féminine à laquelle ils croyaient devoir s'identifier au point de déclinier leur propre identité sexuée, ainsi qu'en attestait, et parfois en atteste encore, leur façon de s'exprimer... « Moi, comme infirmière, je... », ou « Moi, en tant qu'infirmière... », ou encore « être infirmière, c'est... ». Faut-il s'en étonner si, comme l'atteste P. Bourdieu :

Les hommes dans une profession fortement féminisée [...] sont profondément marqués dans leur identité sociale par cette appartenance et par l'image qu'elle impose et par rapport à laquelle ils doivent inévitablement se situer, qu'ils l'assument ou qu'ils la rejettent⁷.

Inversement, nous nous trouvons aujourd'hui devant une inversion non moins grave, car au moment où a été adoptée la féminisation des termes,

les infirmières sont devenues des « infirmiers », ce qui fausse davantage encore toute analyse socio-anthropologique, la représentativité démographique étant à plus de 90 % féminine.

DU MYTHE AU RÊVE

Cette identification de la prestation infirmière à L'INFIRMIÈRE demeure un des aspects cruciaux du malaise infirmier parce qu'elle laisse dans l'ombre, comme allant de soi, tout ce qui ne relève pas des examens médicaux et des traitements qui sont relégués comme soins invisibles, ou n'ont tout simplement pas leur place, à moins qu'ils dépendent de l'arbitraire... Le mythe fusionnel qui identifie l'infirmière à la prestation qu'elle donne : les soins, et inversement, laisse beaucoup de désillusion, crée une grande insatisfaction en raison de la difficulté d'acquérir une maîtrise et une capacité d'explicitation la raison et la nature de la prestation infirmière : *les soins*. Un moyen sinon d'y palier, tout au moins d'essayer d'atténuer le ressentiment des difficultés, est le rêve.

Le rêve se manifeste par une projection dans l'avenir... un avenir fantasmé. En fuyant le présent, le rêve permet d'échapper à la désillusion et à l'insatisfaction générées par la pénibilité de la réalité. Que de colloques, congrès, réunions d'assemblées générales, symposiums ont pris pour thèmes de communications ou de conférences, dès les années soixante et jusqu'à l'orée du ^{xxi}^e siècle :

- L'infirmière de demain...
- L'infirmière face à l'avenir...
- Perspectives d'avenir de la profession infirmière...

Et dès les années quatre-vingt :

- L'infirmière en l'an 2000...

Mais il y a eu aussi :

- L'infirmière planétaire...
- L'infirmière dans l'espace...

Combien de fois ai-je été sollicitée pour faire une conférence sur ce sujet, qui par une projection lointaine dans le temps et dans l'espace, était une échappatoire à l'interrogation sur les préoccupations et les difficultés de la réalité des services. Combien il m'était difficile de faire exprimer mes interlocutrices (venant toujours des lieux de formation) sur ce qu'elles en attendaient, ce qu'elles pouvaient espérer d'autre que l'attrait d'un titre chargé d'une magie virtuelle. À partir de leur demande, je

m'efforçais de chercher avec elles ce qui pourrait nous aider à voir plus clair par rapport à notre réalité.

Comme on peut s'en rendre compte, c'est encore à partir de L'INFIRMIÈRE que l'on se propose d'échafauder le rêve. Là encore, il s'agit toujours de ce personnage mythique que l'on peut commodément placer dans un temps et dans un espace virtuels sans s'engager ni se compromettre. Cette projection dans l'avenir pour échapper au présent invite à fantasmer pour fuir une réalité trop lourde à porter et qu'on ne voit pas comment aborder. Pourtant, est-il possible de présumer de l'avenir sans élucider et comprendre ce qui se passe au présent ? Et qu'advient-il de « l'infirmière », de « l'infirmier », si l'on ne s'intéresse pas d'abord à la nature de la prestation qu'ils offrent dans le contexte d'aujourd'hui pour s'interroger sur le devenir de cette prestation dans un futur proche, à partir de la conjoncture du présent. C'est ce qu'il adviendra de la nature de la prestation qu'infirmières et infirmiers offrent aujourd'hui et de ce qui l'accrédite socialement et économiquement qui déterminera ce qu'il adviendra d'eux. De plus, ces rêves futuristes pourraient bien tourner en mauvais rêves et en cauchemars s'ils éludent le présent. C'est bien cette insuffisance d'argumentation et de justification de soins auprès des personnes âgées à domicile, soins dont la nature et les effets thérapeutiques ne sont pas identifiés — parce que relégués en tâches —, qui fait qu'aujourd'hui les infirmières et infirmiers de soins à domicile connaissent des difficultés d'agrément de prestations, de remboursement, ou/et craignent de se voir remplacer par des auxiliaires. En ce sens, la prévision du Plan social d'Alain Juppé pour créer des emplois est une forte menace pour les infirmières/ers de soins à domicile auxquels leur titre ne saurait conférer une protection en soi pour accomplir des tâches — supposées aller de soi, comme des toilettes — dont ils ne pourront justifier la finalité et les effets thérapeutiques basés sur une analyse professionnelle.

ET LA RÉALITÉ ?

Devant ces constatations où mythes et rêves témoignent de l'ambiguïté d'une identité professionnelle qui a du mal à objectiver sa raison d'être on peut s'interroger sur ce qui a généré et contribue encore à générer des difficultés pour y parvenir.

Qu'est ce qui tisse la réalité ?

Elle est d'abord investie du lourd passé religieux, puis médical, où l'Église et à sa suite les médecins se sont arrogé la tutelle et le contrôle

des femmes soignantes, tant celles soumises à leur surveillance puis à leur instruction comme les sages-femmes, ou celles condamnées ou bannies comme guérisseuses, que celles mises en place par l'Église, à savoir les [femmes] consacrées hospitalières, puis visiteuses des pauvres, érigées en modèle social des femmes soignantes. Cette tutelle et ce contrôle, renforcés par l'instruction donnée sous l'égide des médecins, s'étendit progressivement à l'ensemble des praticiens qui sont venus à constituer au courant du ^{xx}e siècle les « professions paramédicales ».

Cet héritage du passé affecta profondément la possibilité de forger une identité par rapport à la nature de la prestation et du service offert au regard du bénéficiaire des soins, n'ayant pas hérité comme les artisans des bases d'un métier, et pas davantage des bases d'une profession qui fonde ses assises sur la maîtrise de l'écrit. Par là même ce sont ceux qui détenaient la maîtrise de l'écrit qui décideront de la formation et *professeront* ce que doit être L'INFIRMIÈRE, posant la finalité et les limites de son savoir, idéologiquement au service du malade, de fait au service du médecin, pour en devenir l'auxiliaire. C'est la formation acquise pour devenir L'INFIRMIÈRE qui s'est portée garante de l'identité, en permettant sous sa caution que la désignation « infirmière », puis « infirmier », devienne un titre reconnu, qui assurera l'acquisition d'un statut juridique. Or la formation ayant pour épicerie la morale et la médicalisation de la maladie ne transmet pas aux infirmières les savoirs de la tradition orale, acquis par celles et ceux qui ont prodigué les soins, mais elle *professe* ce que d'autres ont décidé qu'elles fassent, et par là même, qu'elles soient :

- en assignant leur *rôle* et en le fixant de façon à les maintenir assujetties à la place sociale qui leur fut attribuée,

- en prescrivant leurs pratiques,

- en déterminant leur exécution,

- en rédigeant les manuels chargés de les instruire,

- en dictant leurs règles de conduite,

- en façonnant leur comportement,

- en exigeant obéissance et soumission, en quelque sorte « faite ce qu'il vous dira », comme aimait à le rappeler Léonie Chaptal,

- en imposant ce *silence* qui durant des décennies non seulement a endigué la légitimation de toute parole d'expertise professionnelle, mais a empêché toute expression de groupe, toute prise de conscience de classe. Silence sévissant toujours car oser le briser demande des efforts épuisants. Silence qui ne se rompt que devant l'insoutenable comme en atteste Nicole Bénévise :

La loi du silence pesait sur tout. [...]

Contre le mutisme qui nous bloque, j'ai poussé un cri. Je m'insurgeais contre le silence qui une fois de plus avait servi d'analyse et d'oraison funèbre. Crier pour ne pas mourir étouffée, moi aussi...⁸

De fait, la formation professionnelle ne sera pas centrée sur les soins, malgré ce qu'on a pu en laisser supposer, mais sur le façonnement de l'élève en INFIRMIÈRE. Pour cela, la formation a une alliée : la pédagogie, puis la psychologie comportementale. Pourtant, depuis 1975, la formation a mis le cap sur les soins infirmiers. Toutefois, la façon de les aborder ne demeure-t-elle très dépendante de l'acquisition d'un modèle de pensée à partir d'un concept imposé et de procédures à appliquer. De l'infirmière-modèle au modèle pour infirmière, il n'y a pas loin. Le besoin d'un consensus unitaire, pour que tout le monde adopte le même raisonnement, dit « scientifique », le même langage, le même processus, permettra-t-il de construire réellement une identité professionnelle ? Cette quête d'identité peut-elle trouver à affermir son objet par *la classification de système diagnostic* ? Classification dont l'aboutissement va jusqu'à établir des soins systématiques, comme il me fut donné de le voir récemment en Espagne, avec la parution du livre « *L'enfermeria systematica* », (Les soins infirmiers systématiques).

Mais que cherchons-nous réellement comme identité ? Pensons-nous la trouver par rapport aux attributs d'une profession dont celui de *faire un diagnostic* est particulièrement convoité, étant considéré davantage comme un objet de conquête que comme l'accès à la maîtrise d'un discernement élaboré en prenant en compte les différentes dimensions interférant dans la complexité des situations de soins, discernement qui, loin de poser « *une étiquette diagnostic* »⁹, requiert une fine observation analysée en faisant appel à une diversité de connaissances. Qu'est-ce qui identifie le diagnostic qui est dénommé « diagnostic infirmier » ? Est-ce le fait de se référer au titre infirmier qui lui confère une identité ? Ou est-ce **un diagnostic de soins infirmiers** relevant d'une analyse visant à déterminer et engager une décision infirmière sur **la nature des soins** à assurer : soins ayant une finalité thérapeutique, et en cela ne pouvant être assimilés à des tâches, soins ne pouvant être confondus avec des traitements médicaux et, en cela, ne relevant pas de la compétence et de la prescription médicale. Est-ce par rapport à *ce qui identifie les soins que nous sommes amenés à donner, engageant l'initiative, la compétence et la responsabilité propres à la fonction infirmière* que nous désirons asseoir notre identité professionnelle ?

Répondre à cela demande d'interroger les cadres, car qui seraient le mieux placer pour impulser l'identité professionnelle ? Comment perçoivent-ils eux-mêmes leur identité vis-à-vis de la profession à laquelle ils appartiennent ?

DU CÔTÉ DES INFIRMIÈRES/ERS ENSEIGNANTS ET DES FORMATEUR/TRICES INFIRMIERS

Les infirmières enseignantes, pour le plus grand nombre, ne se reconnaissent plus comme infirmière. C'est comme si, pour beaucoup d'entre elles, elles se sentaient dévalorisées d'être infirmière. Par contre, elles se sentent valorisées par la pédagogie, au point de se revendiquer « enseignantes » en reléguant délibérément la dénomination « infirmière » qui viendrait en quelque sorte ternir ce que l'école confère d'aura. Or la pédagogie qui reste la préoccupation dominante des lieux de formation ne peut absolument pas se substituer à ce domaine de découverte des grandes caractéristiques de la vie et de la mort, dans leurs dimensions biophysiques, psycho-affectives (intégrant les émotions et les sentiments comme source de savoir), et socioculturelles, qui sous-tendent la diversité des soins, avec leurs incidences économiques et politiques. *Enseigner n'est pas soigner.*

Surtout, si lorsqu'on ne se sent pas tant concerné par les soins que par une instruction nourrie de concepts, se rapportant aux soins de façon théorique et idéologique au détriment d'une pratique analysée à partir de la réalité à laquelle se trouvent confrontés les soignants des services. Le centrage sur la pédagogie et l'accent mis sur l'acquisition procédurière d'une méthodologie rationnelle et didactique se sont accentués davantage avec la création de nombreuses licences et maîtrises de formation de formateurs, depuis 1988-1990. Former les autres à quoi ? Lorsqu'on ne se reconnaît plus dans ce qui constitue la pierre angulaire du métier, comme ce formateur, étudiant d'un de ces programmes de maîtrise, qui ne voulait pas suivre d'unité de valeur de Soins Infirmiers parce que « maintenant il était « formateur » et qu'il formerait les élèves aux soins infirmiers à partir de la méthodologie... » Dénier... ? Renier ce qui fonde l'identité professionnelle infirmière, *les soins...* ? Beaucoup d'infirmières/ers enseignants, de formateurs/trices se sentent-ils déshonorés par ce qui fonde l'identité professionnelle infirmière ? ou viennent-ils chercher dans les écoles et dans les formations de formateurs la reconnaissance sociale qu'ils n'ont pu trouver dans l'exercice de leur fonction dans les services, en se débarras-

sant de cette identité professionnelle comme d'un fardeau trop lourd à porter ? Question d'importance si ce sont justement dans les lieux de formation que se fait l'initiation à ce qui fonde l'identité professionnelle.

DU CÔTÉ DES CADRES DES SERVICES

Le grand leitmotiv de préoccupation des « cadres » des services est *la gestion*. Mais la gestion de quoi ? Gestion des soins et du service infirmiers ? Ou maillon dans la gestion de l'institution hospitalière ?

En dépit de la structuration du service infirmier, de sa place au sein du projet d'établissement, il demeure le plus souvent une dichotomie entre la gestion et les soins infirmiers, dichotomie qui s'accroît. Irène Robitaille, infirmière au Québec, dans son étude réalisée en 1994, ne craint pas de parler « du gouffre existant entre les infirmières soignantes et les cadres »¹⁰. Elle constate que « ce qui ressort du groupe étudié, c'est que la gestion des soins infirmiers se fait au niveau abstrait ». Cette gestion s'opérant surtout à partir :

- de ce qu'elles (les infirmières-cadres) perçoivent comme idéal,
- d'éléments extérieurs à la réalité quotidienne des situations de soins,
- de généralités : le bien-être du bénéficiaire étant estimé à partir de normes ou de besoins préétablis.

« La tendance dominante des infirmières-cadres » poursuit-elle « est de ne jamais expliciter [ce] autour de quoi se fait la planification stratégique du service infirmier. » « Les soins infirmiers y sont mentionnés en termes généraux de [soins d'excellence] ou de [soins infirmiers de qualité], mais que représente cette qualité ? » On est devant « une gestion abstraite » des soins infirmiers qui « considère surtout ce qui est planifiable, visible, prévisible, divisible, mesurable, général, etc. Il n'y a que très peu de place à ce niveau de gestion abstraite pour ce qui est complexe, particulier, et pour ce qui est subtil, dynamique, invisible... » « De plus, les cadres contredisent l'autonomie professionnelle qu'elles invoquent en imposant des outils incompatibles avec la pratique et le bien-être des bénéficiaires. »

Pour Irène Robitaille — et je la rejoins dans son analyse — le gouffre existant entre infirmières-cadres et infirmières soignantes vient de « la non-explicitation des soins infirmiers par rapport à la fluctuation concrète des situations, de l'incapacité à identifier leur nature face aux situations. » Aussi, lui apparaît-il « essentiel d'explicitier l'identité et la nature des soins infirmiers, de rendre leur complexité légitime, c'est-à-dire connue et reconnue. »

Ce gouffre entre cadres et soignants ne se creuse pas au hasard. Cette distance avec les soins était déjà inculquée en maints endroits dès l'entrée à l'École de Cadres, comme peut en attester la recommandation de cette Directrice dans son allocution de rentrée : « À partir de maintenant, dites-vous que vous n'êtes plus infirmière. Vous devenez CADRE. » CADRE de quoi ? Serait-ce déshonorant de continuer à se préoccuper des soins, de leur enrichissement, d'accompagner et soutenir l'intérêt de ceux qui les prodiguent ? Ne s'agit-il pas là d'un reniement professionnel ? À présent, le risque d'un hiatus entre infirmières/ers-cadres et soignants n'ira-t-il pas en s'accroissant avec l'instauration du nouveau programme de formation des cadres de santé (décret du 18 août 1995) où le développement de la compétence professionnelle est réduit à sa plus simple expression ?

UNE IDENTITÉ PROFESSIONNELLE ANCRÉE SUR LA NATURE DE LA PRESTATION : LES SOINS

Apprendre à devenir L'INFIRMIÈRE avec un statut d'auxiliaire-du-médecin en assujettissant l'infirmière à la seule décision et prescription médicale a rendu impossible — et non souhaitable — toute interrogation sur la *nature des soins*, empêchant ainsi de cerner la prestation et de préciser la finalité de la fonction soignante envers les usagers des soins (malades ou non). C'est sur ce flou que sévit le malaise infirmier, d'une part en raison de la confusion entretenue de façon permanente entre les traitements médicaux et les soins ainsi que le rappelle Nicole Bénevisse : « Nous, les infirmières, soignons UN malade, nous ne traitons pas que la maladie »¹¹ ; d'autre part en laissant dans l'ombre tous ces soins indicibles, invisibles, considérés comme allant de soi ou laissés à l'arbitraire des circonstances qui en deçà et au-delà des traitements mobilisent les capacités à vivre. Pourtant, il y a un désir implicite, voire un appel de nombreux soignants d'élucider l'identité professionnelle infirmière à partir des soins comme en témoignait Sophie Burin :

Il serait peut-être temps d'essayer de comprendre — simplement de comprendre — ce qui se passe entre une infirmière et un patient. Qu'est ce que c'est en somme que soigner... ? Je ne parle pas de guérir, de diagnostiquer, de prescrire : simplement de soigner, de prendre soin du corps et de l'esprit de quelqu'un¹².

Sortir des grilles systématiques, des listes de besoins préétablis, des séries de tâches est une nécessité qui s'impose. Expliciter la nature des

soins prodigués demeure la condition impérieuse de la reconnaissance d'une identité professionnelle infirmière, comme le rappelait avec vigueur le Docteur Salwa Lalardrie, médecin inspecteur à la Caisse nationale d'assurance-maladie, lors d'un congrès de la FNI se tenant à Paris en 1994 : « *Dites-vous bien que vous n'existez pas... Vous n'existez pas parce que vous ne savez pas expliciter ce que vous faites* »¹³. De même, l'obscurantisme des soins dits « de qualité » relève encore d'une idéologie proche du mythe.

Comment sortir de l'impasse ? Nommer, expliciter, clarifier, argumenter la nature des soins demande d'aborder les situations de soins en s'interrogeant sur ce qui est à prendre en compte en deçà et au-delà des traitements pour maintenir, compenser, développer, conforter, stimuler les capacités de vie existantes, et déterminer par là le genre de soins de stimulation, de relaxation, de compensation, de paraître... à assurer pour répondre à telle ou telle finalité selon les manifestations des déficiences ou des atteintes. Ceci demande de retrouver le sens originel des soins puisant leurs racines dans les soins entourant la naissance et la mort, ces soins vitaux qui, bien antérieurement à la maladie, ont depuis toujours scandé les différents passages de la vie. C'est autour de la naissance et de la mort que s'est déployée la grande diversité des soins visant à développer, stimuler, conforter, compenser les possibilités d'EXISTER¹⁴. Les soignants sont des passeurs, qui permettent de *passer*, de *dépasser* les moments cruciaux de la vie jusqu'au seuil du *trépas*. Ces soins vitaux qu'ils prodiguent continuent à être d'une impérieuse nécessité, aujourd'hui comme hier. Il leur appartient et leur revient de les sortir de l'ombre, d'en faire apparaître ce qui les fonde et donne sens à leur fonction.

En conclusion, je dirai que toute personne exerçant un métier, comme une profession, détient pour le moins une double identité :

— La première est d'abord et avant tout notre identité sexuée d'être *homme* ou *femme* : identité qui ne saurait se confondre avec l'identité du métier, même si elle l'influence et si elle est influencée par ce métier. Je veux dire par-là que nous n'avons pas à nous situer comme l'« Infirmière » ou l'« Infirmier », mais comme *femme* ou *homme* qui exerce le métier infirmier : c'est en tant que *femme* ou *homme* que j'exerce ce métier. C'est sur cette identité sexuée que se greffe toute autre identité (de père ou de mère, de classe d'âge, de métier...)

— La deuxième est l'identité issue de notre métier fondée sur ce qui caractérise la nature de sa prestation : *les soins*, qui par là même déterminent notre fonction. Ceci suppose de briser le masque du rôle pour clarifier la fonction. Notre rôle n'a pas à être déterminé juridiquement, mais

notre fonction. Notre rôle est notre façon de jouer, d'être acteur de notre fonction. C'est dire que c'est en tant que *femme* ou *homme* responsable d'aborder les grandes questions concernant la vie et de la mort, engageant par là même la nature des soins qui ont à assurer la continuité de la vie, que nous avons à nous interroger sur ce qui caractérise, identifie *la nature des soins infirmiers*, pour devenir capable d'explicitier, d'argumenter leurs effets thérapeutiques et leur apport socio-économique.

Je terminerai en affirmant avec Alain Touraine :

Pour qu'un individu ou un groupe devienne un acteur de l'histoire de la société, il faut d'abord qu'il cesse d'accepter l'identité que lui donne le système social. Il ne naît à l'action historique et à une nouvelle identité qu'en rejetant ses statuts et ses rôles¹⁵.

Notes

1. M.-F. Collière, « Infirmières... Qui sommes-nous... ? » in *Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale*, janvier 1969, p. 41-46.
2. M.-F. Collière, Promouvoir la vie. *De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris, InterEditions, 1982.
3. S. Matthews Grieco, Ange ou Diablesse. *La représentation de la femme au XVI^e siècle*. Paris, Flammarion, 1991.
4. Pr. A. Calmette, Avant-Propos du 1^{er} numéro de *L'Infirmière Française*, 1923-1924, p. 2.
5. L'INFIRMIÈRE habite encore tellement l'histoire des mentalités que la conférence de Claire Journiac, organisatrice du congrès, avait pour titre : « Infirmière d'accord, mais quelle infirmière ? »
6. Il faut, bien sûr, rappeler que les surveillants d'asiles qui deviendront infirmiers des hôpitaux psychiatriques étaient en marge de ce mouvement de professionnalisation.
7. P. Bourdieu, La Distinction. *Critique sociale du jugement social*. Ed. de Minuit, 1979. p. 116.
8. N. Béneise, *Journal d'une infirmière*. Paris, Plon, 1993. p. 82 et 117.
9. L. J. Carpenito, *Diagnostic infirmier. Du concept à la pratique clinique*. Montréal, MEDSI/Mc GRAW-HILL, 2^e édition française 1989-1990 (sur la base de la 3^e éd. américaine), p. 6.
10. I. Robitaille, Communication présentant sa recherche de maîtrise en sciences infirmières au II^e congrès du Réseau multinational de recherche et de réflexion à partir de la Pratique quotidienne des soins infirmiers, à Alicante, 13-15 octobre 1993, publiée dans les Actes du Congrès, p. 274, 276, 277 et 278.
11. *Op. cit.* p. 44
12. S. Burin, infirmière des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, *Le Monde des Débats*, Dossier « INFIRMIERES. Les maladies d'un métier », mai 1993, p. 2.
13. Congrès extraordinaire de la FNI (Fédération nationale des infirmiers/ères), 17-18 mars 1994, sur le thème de « Loi dépendance, compétence infirmière... », voir cet ouvrage p. 369-386.
14. Voir dans cet ouvrage : « Comprendre la nature des soins... » p. 185-194.
15. A. Touraine, *Pour la sociologie*. Paris, Seuil, 1974, p. 195.

Mieux connaître pour mieux soigner*

« Mais si vous en croyez tout le monde savant
L'esprit doit sur le corps prendre le pas devant,
Et notre plus grand soin, notre première instance,
Doit être à le nourrir du suc de la science. »

Molière, *Les Femmes savantes*

« Il faut que le cœur s'armant d'audace, imprègne
la raison de sa chaleur vitale, même si la raison
doit renoncer à sa rigueur logique pour faire place
à l'amour et aux pulsations de la vie. »

Bruno Bettelheim, *Le Cœur conscient*

Nombreuses ont été pour moi les interrogations préoccupantes et contradictoires que soulève la diversité des aspects du thème proposé : « Sciences infirmières et changement social. Mieux connaître pour mieux soigner », surtout si l'on ne veut pas s'égarer à l'isoler de la pratique soignante infirmière, telle qu'elle s'exerce, affrontée à la réalité quotidienne, ayant à faire face dans des situations complexes aux exigences technologiques, économiques et institutionnelles.

C'est d'elle, de la pratique des soins infirmiers, finalité de l'exercice professionnel, raison d'être de la profession, que je m'aventurerai à partir pour questionner ce que les infirmières revendiquent comme « science infirmière » mais que je considère comme « science des soins ». Mais est-il possible de le faire sans comprendre préalablement la genèse, l'évolu-

* C'est sous le thème « Sciences infirmières et changement social. Mieux connaître pour mieux soigner » que se déroula, le vendredi 29 octobre 1982, la célébration du 20^e anniversaire de la faculté des sciences infirmières de Montréal. Je fus invitée par Marie-France Thibaudeau, doyenne de la faculté et Marianne Dion, présidente du comité du 20^e anniversaire, à y donner la conférence d'inauguration.

tion et l'involution des savoirs issus des pratiques soignantes, puis suivre l'émergence des lettres et des sciences ayant contribué à les transformer, voire à condamner à l'oubli, au mépris et à la dépréciation certains d'entre eux, fussent-ils indispensables ?

Comprendre cette évolution c'est prendre davantage conscience à quel point, pendant des millénaires de l'histoire de l'humanité, ce sont les soins qui ont été créateurs de savoir. C'est de la nécessité de prendre soin de la vie que sont issus de nombreux métiers dont les savoirs rôdés pendant plusieurs siècles furent le prélude à toutes les grandes découvertes scientifiques. Par contre, si la science n'a pas manqué d'apporter sa contribution à l'humanité, l'essor et le développement de la pensée scientifique ne risquent-ils pas d'entraîner une déperdition importante, voire une condamnation des savoirs empiriques, qui sont au point de départ du développement des connaissances ? La science peut-elle remplacer ces savoirs ? C'est la question que nous nous poserons pour nous interroger ensuite sur l'analyse que l'on peut en faire par rapport à la pratique soignante infirmière.

DE LA NAISSANCE DES SAVOIRS À L'ASCENSION DE LA SCIENCE

LES SOINS CRÉATEURS DES SAVOIRS ET DES SAGESSES

Dès que la vie apparaît, les soins existent, car il faut « prendre soin de » la vie pour qu'elle puisse demeurer. Les hommes, comme tous les êtres vivants, ne peuvent échapper à cette impérieuse nécessité. Aussi, pour assurer la survie des individus, et par elle celle du groupe et de l'espèce, hommes et femmes se sont efforcés de découvrir cet univers qui les entoure pour s'en faire un allié.

Il fallait prendre soin des femmes en couches, prendre soin des enfants, prendre soin des vivants mais aussi des morts. Tout cela amenait aussi à prendre soin du feu pour qu'il ne s'éteigne pas, des plantes, des instruments de chasse, des peaux, puis plus tard des récoltes, des animaux domestiques, etc. Tout ceci s'est répété et transmis inlassablement pendant des siècles. Ainsi durent encore procéder — il y a quelque 450 ans — les premiers colons qui posèrent le pied sur l'île de Montréal.

C'est véritablement autour de la nécessité vitale de soigner, de donner soin aux êtres et à leurs objets usuels indispensables à la survie, que se

sont constitués et propagés les premiers savoirs donnant naissance à tout un ensemble de pratiques courantes : pratiques alimentaires, pratiques de soins au corps, pratiques sexuelles, pratiques vestimentaires, pratiques de l'habitat... qui à leur tour ont forgé des façons de faire, des coutumes qui, en se ritualisant, sont devenues des traditions et des croyances.

Depuis des millénaires, *ce sont les soins qui ont été créateurs, novateurs, générateurs de savoirs*. Peut-être l'avons-nous trop oublié. Savoir de vie que sont les sagesses des différentes cultures. Savoir d'expériences, faites par tâtonnements, essais et erreurs, à partir de la relation qu'hommes et femmes ont tissé avec l'univers qui les entoure, suscitant une interrogation sur cet univers, les amenant à agir sur lui pour s'en faire un allié, donnant ainsi naissance à l'immense diversité des savoirs empiriques.

VALORISATION DE « LA SCIENCE », DÉPÉRDITION DES SAVOIRS

Avec les soins et l'élaboration des pratiques de soins, hommes et femmes se sont trouvés confrontés à leur destin : *comment assurer la continuité de la vie ? Comment faire reculer la mort ?*

À la pensée magique cherchant à concilier l'homme et l'univers se substituent les prémices de la pensée scientifique avec le questionnement de ce qui est BON ou ce qui est MAUVAIS. Pensée scientifique figurée symboliquement par *cet arbre de la science du BIEN et du MAL*.

En érigeant les notions de BIEN et de MAL, les groupes humains désigneront des médiateurs : les shamans, puis les prêtres. Leur pouvoir renforcé par l'écriture fera devenir prêtres, clercs et scribes les garants de l'ordre social, tandis que par ailleurs, ceux qui osent douter de cet ordre, se mettront en quête d'extirper le secret de la nature des choses, d'en étudier le fonctionnement afin de maîtriser le cours du destin humain.

Les premiers donneront naissance aux *professions*, les autres aux « *gens de métier* » qui, par l'accroissement de leur savoir et le développement de leur technologie, ouvriront la voie aux savants. *Les hommes de l'art, c'est-à-dire des métiers ont frayé le chemin aux hommes de science*. Par contre, il faudra longtemps aux professions pour s'inspirer de la démarche scientifique dont l'essence même : questionner, douter, introduit une fissure dans l'ordre établi¹.

À la fin du Moyen Âge, l'affermissement de la percée des professions issues des clercs — juges et médecins —, aidée par l'extension de l'utili-

sation de l'écriture grâce à l'imprimerie, affirmera la **supériorité de l'instruction des gens de lettres sur le savoir des non-lettrés**. Depuis lors sera sujet à considération et valorisation le « *savoir* » *des gens lettrés*, tandis que seront sujets de méfiance, de déconsidération, d'opprobre, ou soumis au démantèlement à la condamnation *les savoirs empiriques*.

Pourtant leur existence demeure..., car ce sont ces savoirs qui tissent la vie quotidienne — comme c'est le cas pour tous les soins courants et habituels d'entretien de la vie.

D'ailleurs, n'y a-t-il pas quelque ironie du sort à les voir devenir cinq à six siècles après leur condamnation, objet de science et de recherche, et leurs sagesses pénétrer dans les temples de la science que sont les universités, les centres de recherche, par les voies de l'anthropologie, de l'histoire orale, et même par celle des sciences exactes, ainsi que l'a montré, par exemple, le grand physicien Fritjof Capra ?

Grâce à leur maîtrise de l'écriture, puis des nouveaux médias de l'information, ce sont les gens instruits qui ont acquis le droit de gérer, d'organiser, d'utiliser les différents savoirs, puis les connaissances issues du développement des sciences. Aussi assiste-t-on à l'heure actuelle à un double mouvement : d'une part l'hypervalorisation croissante depuis la fin du dix-neuvième siècle d'études scientifiques du travail, en vue d'assurer rentabilité, efficacité, productivité, d'autre part, s'esquissent des tentatives de revalorisation des savoirs de vie, des savoirs empiriques.

Hypervalorisation d'études scientifiques

Empruntant leur démarche aux sciences exactes, mesurables, objectives, l'application de leurs théories gagnent par le phénomène bureaucratique, puis technocratique l'ensemble des secteurs industriels et des services créant un renforcement de la dévalorisation des savoirs des gens, allant jusqu'à la désappropriation, la dépossession de toutes les acquisitions de leur expérience pouvant les acculer jusqu'au vide de tout savoir.

C'est le cas de multitude de paysans spoliés de leur terre et de la connaissance qu'ils en avaient. C'est le cas de milliers de personnes déracinées, transplantées devenues cohortes de force du travail, devant se soumettre aux directives scientifiques du travail à la chaîne, du travail informatisé, en ayant perdu tout repère d'identité, toute possibilité de se forger un savoir personnalisé. Plus grave encore que le sous-développement économique, s'ajoute le sous-développement des facultés humaines du cœur et de l'esprit par tarissement des savoirs.

Tentatives de revalorisation des savoirs

Parallèlement à cette hypervalorisation scientifique, il y a ceux et celles qui, conscients que la menace de la non-diversification des savoirs, de l'indifférenciation des savoirs, de leur déperdition, conduit à la perte de l'humanité, travaillent à les faire resurgir, à leur donner possibilité de se recréer, de se reconstituer, tels Paolo Freire, Ivan Illich, et bien d'autres..., ou tout simplement ces catalyseurs de rue, de quartier, qu'ont choisi d'être certains travailleurs sanitaires et sociaux, et parmi eux des infirmières participant au développement de la santé communautaire.

Mais alors, quel lien peut-on faire entre ces faits et la pratique soignante infirmière : les soins infirmiers ?

LA PRATIQUE SOIGNANTE INFIRMIÈRE AU CARREFOUR DES SAVOIRS ET DES SCIENCES

La profession infirmière, pour être consciente de sa pratique soignante de cette fin du vingtième siècle, ne peut pas faire l'économie de resituer son approche des soins en lien avec le long passé dont elle est issue, et qui continue encore de la marquer : celui des *femmes soignantes*.

DE L'ÉLABORATION DES SAVOIRS AUX SAVOIRS RÉPRIMÉS PUIS CONDAMNÉS

Les racines de ce passé remontent d'abord aux pratiques soignantes de toutes celles qui de la naissance à la mort se sont exercées à entretenir tout ce qui assure, tout ce qui permet le développement de la vie.

Grâce à leur observation infatigable, et à toute leur recherche — qui leur fut contestée parce que taxée de « non scientifique », mais qui ont donné toutes les bases de l'art de Médée : la médecine —, la formidable accumulation de leur savoir leur confère un pouvoir considérable sur le sort et sur la vie des gens, pouvoir qui sera perçu comme une véritable menace au pouvoir spirituel et temporel de l'Église et aux détenteurs de la « médecine-savante ». Aussi se verra-t-il réprimé pour aboutir jusqu'à son démantèlement avec *la chasse aux sorcières*, menée impitoyablement par les Églises tant catholique que protestante confortées de l'appui des tribunaux séculiers durant près de quatre siècles (du quatorzième au dix-huitième).

Curieusement, cette conjuration des savoirs élaborés par les femmes n'apparaît jamais dans les écrits qui ont retracé l'histoire de la profession infirmière. C'est pourtant là *un fait social, économique et culturel, fondamental de cette histoire*, car la condamnation de leurs savoirs détourne l'orientation initiale des soins centrés jusque-là sur tout ce qui contribue à développer et à promouvoir la vie — sur tout ce qui fait vivre, ne dissociant pas plaisir, épanouissement, envie de vivre, et lutte pour la vie.

À partir de cette condamnation ne seront reconnus socialement et valorisés comme soins que ceux confiés aux [femmes] consacrées.

SAVOIRS PROSCRITS

Avec l'ascension progressive des [femmes] consacrées qui atteint son apogée durant tout le dix-neuvième siècle pour s'étendre jusqu'à la première moitié du vingtième siècle, l'influence de la doctrine des Pères de l'Église fait prévaloir une nouvelle conception des soins qui, en déniait l'interrelation corps-esprit, donne la suprématie à l'esprit, vénère le corps glorieux, relègue le corps charnel comme impur, source de fornication et de maléfice. Ceci occasionnera une distanciation de plus en plus grande avec le corps, le corps de celles qui soignent n'étant plus le véhicule des soins, mais leur âme, leur charité. Aux pratiques du corps se substituent la parole, le conseil, l'exhortation. Les soins sont prodigués par charité, bienfaisance, compassion aux pauvres, aux malades et aux déshérités. **À l'entraide se substitue l'aide**, entretenant subordination et reconnaissance. Les soins coutumiers et habituels assimilés à des tâches domestiques de routine sont considérés comme ne réclamant aucun jugement, aucun esprit critique, aucune initiative. Le savoir est considéré comme superflu, méprisable, et corrupteur parce que générateur d'ambition, d'orgueil, d'insoumission. Il est remplacé par les règles conventuelles qui régulent les pratiques de soin des [femmes] consacrées en leur dictant leur rôle, c'est-à-dire le comportement qui est attendu d'elles.

SAVOIRS PRESCRITS

L'évolution des technologies d'investigation et de traitements amorce une nouvelle mutation dans la conception des soins qui de *soins aux malades* deviennent traitements des maladies. Alors se profile la consti-

tution d'un nouveau corps professionnel : la profession infirmière qui, de sa filiation religieuse, garde l'idéologie de bienfaisance, de dévouement, réclamant les qualités attendues de la [femme] consacrée : abnégation, oubli de soi. Continuant à exercer auprès des malades un rôle moral, d'une valeur dite « inestimable », il devient impératif pour les [femmes] infirmières d'acquérir un savoir technique : savoir attendu des médecins et enseigné par eux pour leur permettre d'effectuer un diagnostic médical, pour surveiller les malades ainsi que les effets des traitements qu'ils prescrivent.

L'acquisition d'un savoir technique devenue une exigence professionnelle opère une première brèche d'imprégnation de connaissances après plusieurs siècles d'exclusion, de désappropriation des savoirs acquis par les femmes, mais à la différence que ce ne sont pas elles-mêmes qui les ont élaborées à partir de leur propre pratique soignante. De plus, *il y a renversement de l'acquisition du savoir : on apprend la théorie pour l'appliquer en pratique*. Ainsi apparaît ce modèle pédagogique que *la théorie précède la pratique*, que *connaître c'est apprendre à appliquer*.

Cependant, au lieu de partir de ce que les [femmes] infirmières étaient à même de découvrir auprès des personnes soignées, de s'interroger sur ce qu'elles pouvaient comprendre des situations, pour élaborer des savoirs propres à la nature des soins qui ne relevaient pas de traitements médicaux, les soins prodigués par les infirmières sont devenus le plus souvent champ d'application de principes, de normes enseignés par les gens doctes, que les règles de conduite, dictées par la morale professionnelle, ne les autorisaient pas à questionner dans leur utilisation.

J'en prendrai pour exemple « la théorie de l'asepsie », qui régula pendant plusieurs décennies la vie de services entiers — dont les services de pédiatrie. Cette théorie dont on parlait plutôt en termes de « principes de l'asepsie » était ce que l'on dénommerait aujourd'hui *le modèle conceptuel* de l'époque, c'est-à-dire un cadre normatif, préceptif et prescriptif ayant des effets bénéfiques dans certaines circonstances mais excluant — à quel prix ! — ce qui n'était pas compatible avec ses normes.

VERS LA DÉMARCHE SCIENTIFIQUE

Dépossédées du savoir des femmes soignantes, n'ayant pu reconstituer un savoir qui leur soit propre au sein d'institutions qui ne leur

reconnaissaient qu'une place d'exécutantes disciplinées au service des malades, au service des médecins et des corps institués, il semble que les règles scientifiques prenant le relais des règles conventionnelles ont donné aux infirmières l'assurance d'une compétence vérifiable, conforme au modèle social reconnu — donc valorisé — grâce à l'acquisition de la technicité centrée sur les traitements, puis en s'initiant aux sciences comportementales.

L'image d'une science omnipotente et omniprésente s'est mise à imprégner les institutions de soins, au risque de faire écran à tout ce que l'on peut découvrir à partir des situations vécues par les gens, et d'en annihiler ce que l'on peut en apprendre, ce que l'on peut en savoir.

La conception d'un travail scientifique et rationnel, les principes scientifiques ayant envahi tous les secteurs d'activités, la profession infirmière se voit elle aussi interpellée de plusieurs côtés par cette invasion scientifique.

— D'une part dans le *champ de l'exercice professionnel*, au nom de l'organisation scientifique du travail, s'institue la division du travail en tâches entraînant une inflation de l'hyperspécialisation, et la construction d'une hiérarchie de tâches allant des tâches nobles et valorisées aux tâches considérées comme les plus serviles, reléguées à des corps auxiliaires parce que considérées comme nécessitant peu ou pas de connaissances. Ce sont entre autres tous les soins d'entretien de la vie (le *care*). Ces soins qui remobilisent tout ce qui est vital, tout ce qui donne sens à la vie.

— D'autre part, *la formation* qui, au fur et à mesure de son évolution, stipule l'acquisition de principes, puis de théories et modèles applicables aux soins infirmiers, sans pour cela forcément les maîtriser dans le champ de l'exercice professionnel, vu l'infinie diversité des situations de soins.

Ces deux tendances qui se réclament l'une comme l'autre d'une démarche scientifique trouvent difficilement leur point de cohésion. L'une comme l'autre invoque comme finalité les soins, la pratique soignante, mais souvent sans être repartie d'elle, de sa raison d'être, de sa nature, de sa dimension sociale et économique.

TENTATIVE DE RÉVEIL DES SAVOIRS

Pourtant, quelques infirmières ont frayé la voie pour un autre chemin. Certaines sont très connues, mais leur message a été retransformé tant l'image d'un dogmatisme — idéologique ou scientifique — est pérnante.

D'autres... femmes et hommes du terrain, immergés dans la pratique quotidienne, ont osé repartir du savoir des gens et chercher avec eux des pratiques soignantes qui ont sens par rapport à leur vie quotidienne, à leurs ressources, aux difficultés qu'ils rencontrent. Il arrive souvent que celles-là... ceux-là, ne soient pas perçus ou qu'eux-mêmes ne se reconnaissent plus comme « professionnels », tant ils pensent avoir failli aux normes et aux idéaux de la profession. Pourtant, ils sont dans le sillage de celles qui ont écrit *Notes on nursing*, ou *Nature of nursing*.

C'est à partir de ce qu'elle a découvert dans la pratique des soins quotidiens que Florence Nightingale écrit ses *Notes sur les soins infirmiers* pour donner des suggestions — « *hints of thought* » — sur tout ce qui pouvait être utilisé pour soigner. Elle, éminente statisticienne, très informée des règles scientifiques de l'époque, part du savoir des femmes et les amène à réfléchir sur ce qui les entoure, à faire des liens avec ce qu'elles savent, à prendre conscience de ce qu'elles font².

Elle se défend d'émettre quelque règle de pensée ainsi qu'elle le stipule dès les premières lignes de sa préface : « *Les notes qui suivent ne se veulent en aucun cas être une règle de pensée dont les infirmières pourraient se servir pour enseigner ce que sont les soins, et encore moins un manuel qui puisse enseigner aux infirmières à soigner. Leur but est simplement de suggérer des idées aux femmes qui ont personnellement à s'occuper de la santé des autres.* » Et par santé, elle entend tout ce qui fait vivre, tout ce qui stimule les facultés de vivre. Comme on a déformé sa pensée depuis !

Virginia Henderson part de constations faites dans sa pratique soignante, venant aussi bien de ce qu'elle a découvert des patients, que d'autres praticiennes, pour l'éclairer à l'aide d'autres connaissances — tout particulièrement le *Phénomène humain* de Teilhard de Chardin —, connaissances qui lui parlent des hommes, de leurs interrogations, de leurs angoisses, de leurs espoirs, pour dégager un repère que l'on peut trouver sous toutes sortes de manifestations différentes dans une infinie variété de situations de soins. Ce repère, qu'elle identifie comme « besoin », ne saurait en rien être utilisé systématiquement ou réduit à un modèle théorique. Il perd alors tout son sens, car il échappe à la dynamique de la vie en devenant statique et stratifié.

Ce sont là deux exemples de femmes qui en aucun cas n'ont cherché à ériger une théorie ou un modèle à appliquer aux situations de soins, mais se sont questionnées, ont interrogé la nature des soins infirmiers à partir de ce qu'elles découvraient au sein de leur pratique soignante. C'est leur pratique qui a pu leur permettre de construire un champ dynamique de savoir pouvant être utilisé en interférence avec d'autres dans les situations

de soins, et qui, ce faisant, a apporté un éclairage sur ce que peut être la nature de la prestation « soins infirmiers ».

Beaucoup plus nombreux qu'on ne saurait l'imaginer sont les infirmières et infirmiers du terrain qui ont développé, trouvé des savoirs pouvant enrichir, prouver la pratique professionnelle, mais il leur faut des temps pour le dire, des mots pour le dire, des possibilités d'être écoutés, pris au sérieux..., leurs mots ne se retrouvant pas dans les mots conceptualisés..., de même que la parole des soignés ne se retrouve pas dans celles des soignants.

Comme le fait remarquer McLuhan³ : « la langue populaire... ne repose pas sur la théorie, mais sur l'expérience quotidienne » ou, comme le dit Yvonne Verdier⁴ :

... leur discours a ses raisons mais ces raisons ne sauraient se dévoiler par l'application d'une grille extérieure, et ce que l'on saisit ainsi à *la volée* et lors d'échanges et d'interrogations plus réfléchies prend forme et révèle sa logique et sa cohérence dans *une lente remontée mot à mot au cœur de ce qui est pensée*. S'y trouve agité ce qui nous agite tous, l'amour, la mort, le travail, le destin, la vie. En leurs paroles, *[ils] possèdent et l'intelligence de leur propre réalité et le don de la transmettre*⁴.

C'est là le point de départ d'une remontée, d'une émergence du savoir qui participe à l'élaboration des savoirs de la pratique soignante infirmière si l'on favorise cette remontée, si l'on accorde de l'importance à ces savoirs.

CONTRIBUTION DES SCIENCES À LA PRATIQUE SOIGNANTE INFIRMIÈRE

Si la pratique soignante infirmière est la base, la pierre angulaire de la construction d'un savoir infirmier, elle ne saurait se priver de l'éclairage des sciences, de toutes ces sciences qui, après tant d'années de l'histoire de l'humanité, nous permettent de saisir dans la réalité d'aujourd'hui certains aspects des phénomènes agissant sur les êtres VIVANTS, dans leur confrontation avec la MORT.

Utiliser les sciences aujourd'hui suppose que nous ne les voyions plus comme des chenaux parallèles, comme des voies se frayant isolément le chemin de LA connaissance, mais comme relatives, confluentes et convergentes.

Ce qu'elles nous apprennent ne peut être considéré comme des vérités objectives, rationnelles et absolues, mais comme des **approximations**, des **possibles**, des **probables... dans certaines circonstances**. Ce sont ces sciences dites exactes qui, à l'heure actuelle, nous obligent à bousculer notre vision mécaniste du monde qui structure nos schémas mentaux. De ce point de vue la plupart des études scientifiques s'inspirent encore directement de schémas fixistes, rivés à un temps linéaire, à un espace immuable, invoquant un déterminisme rigoureux, conduisant à un rigorisme réducteur.

Les sciences physiques nous révèlent aujourd'hui ce que le savoir « des gens de métier » nous laissait comprendre depuis longtemps : que *tout ce qui nous entoure est l'aboutissement d'interrelations* de systèmes interagissant les uns sur les autres. Rejoignant les sagesse mystiques, les sciences physiques redécouvrent ce qui pendant longtemps avait été condamné par la rationalité occidentale : *le paradoxe*.

Si la démarche scientifique des sciences dites rigoureuses requiert le développement de la pensée dialectique, capable d'appréhender des paradoxes, alors combien le développement d'une telle pensée apparaît indispensable pour appréhender **ce paradoxe fondamental, inscrit au sein de tout être vivant qu'est celui de la VIE, et de la MORT, paradoxe inhérent à toute situation de soins ?**

Les situations de soins sont effectivement des situations paradoxales, où ce qui est source de vitalisation de vivification se heurte à ce qui fait obstacle à la vie. Ainsi ce monsieur, conseiller municipal ayant un diabète qui, lorsque l'infirmière insiste quotidiennement pour qu'il suive son régime, lui rétorque un jour : « Mais enfin, vous voulez ma mort » ? En effet, pour lui c'était vouloir sa mort que de renoncer à tout ce qui le faisait vivre : repas avec les autres, réunions, festivités où il continuait à être des leurs. Or ce régime stricte impliquait « **la mise à mort** » de toute sa vie sociale et de ses activités civiques. Il faisait de lui un paria, un isolé. C'était là le faire vivre pour son diabète au dépens de sa vie à lui. Cela nécessitait de trouver un moyen terme et de chercher comment ajuster obligations sociales et diabète (contrôle plus fréquent de glycosurie, modification des doses d'insuline en fonction des repas, essai de rééquilibrage le soir, etc.).

Cet exemple n'est pas anecdotique. Quelle infirmière, quel infirmier ne s'est entendu faire, au cours de sa carrière, la même remarque ? Mais sommes-nous préparés à décrypter les signes, ceux qui nous sont envoyés par le langage de tous les jours ?

Les soins sont au carrefour de désirs et de contre-désirs, de pulsions d'éveil, de pulsions de vie qui s'affrontent à l'usure et à la routine. Les

soins sont au carrefour de ce qui stimule les facultés de vivre et de ce qui peut les entraver...

Aussi, que ce soit la contribution de disciplines aussi variées que la biologie, l'anthropologie, l'histoire — plus particulièrement l'histoire orale⁵ —, la sociologie, l'économie, la démographie..., c'est le prisme multidimensionnel d'une approche scientifique s'appuyant sur la remontrée des savoirs, acceptant l'approximation, intégrant le paradoxe, qui peut contribuer à développer et enrichir le patrimoine de connaissances des soins infirmiers. Tout l'éclairage apporté par ces sciences sur les phénomènes de vie⁶ ne prend sens que s'il part des situations de soins rencontrées au cours de la pratique soignante.

LES SOINS, DONT LES SOINS INFIRMIERS — POINT DE CONVERGENCE DES SAVOIRS ET DES SCIENCES

Depuis la fin du Moyen Âge, les femmes soignantes, y compris celles que l'on avait reconnues comme miresses ou comme sages-femmes, se sont vues évincées des facultés. Durant tout ce vingtième siècle, la profession infirmière a lutté dans différents pays du monde pour accéder au même titre que d'autres professions à l'université. Il est maintenant de sa responsabilité de reconstituer des savoirs qui soient propres à sa pratique soignante : les soins infirmiers, et de faire converger **savoirs** et **science**, sans tomber dans l'illusion du scientisme. Il ne saurait y avoir de **science** sans **savoirs**.

Aussi, il apparaît que **mieux connaître pour mieux soigner**, c'est :

— **Retrouver le sens originel des soins**, c'est prendre conscience de la différence qui existe entre **soigner** et **traiter**, la signification de traiter ayant insidieusement emprunté celle de soigner. Or **soigner** n'est pas **traiter**. Retrouver le sens originel des soins, c'est prendre en compte, donner sens à tout ce qui peut contribuer à mobiliser, développer la vie, tout ce qui est source vivificatrice, tout ce qui peut faire vivre au regard de ce qui fait obstacle à la vie, en sachant discerner les limites et les seuils inhérents à chaque situation. C'est une interrogation sur ce qui permet d'exister, sur ce qui permet de vivre, compte tenu des difficultés rencontrées.

— **Prouver l'indispensabilité des soins d'entretien de la vie**. Cela exige de discerner *les soins coutumiers et habituels* qui contribuent à maintenir ce qui aspire à vivre (*care*) des *soins de réparation*, c'est-à-dire des traitements (*cure*). Cela demande que soient revalorisés les soins

d'entretien de la vie qui restent le plus souvent relégués comme accessoires, secondaires, voire méprisés, alors qu'ils demeurent les plus fondamentaux, et qu'aucun traitement ne pourra les remplacer.

— **Permettre l'expression, la remontée du savoir des usagers des soins.** Ce sont eux la première source de connaissance de toute situation de soins. Ce sont eux qui détiennent le fil conducteur de toute situation, fil qu'il est possible de saisir par bribes, de comprendre, d'élucider avec eux grâce à l'éclairage d'autres sources de connaissances puisées dans les sciences.

— **Se distancer des conduites** inspirées de modèles à appliquer pour permettre aux soignants de construire leur propre savoir, d'élaborer leur propre pensée en découvrant ce qui donne *sens*, c'est-à-dire *signification* et *orientation* aux soins infirmiers qu'ils sont amenés à assurer. C'est apprendre à se servir des sciences pour éclairer pour comprendre les phénomènes de vie, les événements de la vie.

— **Redonner aux soins un pouvoir libérateur**, c'est-à-dire qui développe aussi bien les capacités des usagers des soins que celles des soignants. Des soins qui accroissent le pouvoir d'exister, le pouvoir de se réaliser en tenant compte des handicaps et des difficultés rencontrées sur le chemin de la vie.

— **Réduire le fossé** qui risque de se creuser si l'on n'y prend pas garde entre ceux qui pensent et ceux qui font. Sans le savoir des usagers des soins et des soignants, il ne sera pas possible à la profession infirmière de se construire un patrimoine de connaissances qui lui permette d'identifier, de faire reconnaître et de valoriser les soins infirmiers.

Mieux connaître pour mieux soigner, c'est retrouver le sens originel de la connaissance : connaître → naître avec : naître avec ce que l'on découvre, naître avec ceux qui nous entourent, naître avec ce que l'on apprend des autres, et qui nous transforme. La connaissance est une dynamique permanente de ce qui nous fait naître davantage à la vie. Les soins sont source de connaissances.

Comme la vie à laquelle ils prennent leur source, les soins dont les soins infirmiers, ont et auront à se chercher. Comme la vie dont on a dit qu'il fallait la réinventer, il faut réinventer des soins vivifiants. Des soins qui conviennent la vie, des soins désaliénants qui redonnent un sens à la vie de ceux qui les reçoivent, comme à celle de ceux qui les donnent. Des soins porteurs de vie qui permettent aux soignés comme aux soignants de se créer en créant.

Notes

1. Il n'est pas de mon propos de préciser ici la différence fondamentale qui existe entre *profession* et *métier*, mais elle est sociologiquement d'une importance considérable. Pour le lecteur intéressé, voir M.-F. Collière, « La Profession infirmière en quête d'identité », *Soins Infirmiers* (Suisse), juillet 1982 p. 58-62 ; et note 5, p. 28 du Prélude de cet ouvrage.
2. Cette approche est celle que l'on redécouvre aujourd'hui avec les soins de santé primaires, lorsque ceux-ci ne sont pas plagiés et partent bien des connaissances, habitudes de vie et croyances des gens.
3. M. McLuhan, *Pour comprendre les média*, Paris, Seuil, 1964, p. 10.
4. Y. Verdier, *Façons de dire, façons de faire*, Paris, Gallimard, 1979, p. 14-15 (texte souligné par nous).
5. L'approche en histoire orale qui se propose de découvrir les histoires de la vie peut être extrêmement profitable à l'approche des situations de soins qui sont par excellence l'expression d'histoires de vie.
6. Approfondir la compréhension des grandes caractéristiques des phénomènes de vie (énergie, espace, temps, seuils, mythes et croyances, habitudes de vie...) demeure ce qui est le plus indispensable pour aborder les situations de soin. Aucune de ces caractéristiques ne saurait être privilégiée en soi, mais demande à être considérée en interrelation.

Bibliographie

- Bettelheim B., *Le Cœur conscient*, Paris, Robert Laffont, 1972.
 Capra F., *Le Tao de la physique*, Paris, Éditions Tchou, 1979.
 Capra F., « Le Point de retournement », *Psychologie*, juillet-août 1982, p. 9-27.
 Charon J., *Vingt-cinq siècles de cosmologie*, Paris, Stock-Plus, 1980.
 Collière M.-F., *Promouvoir la vie*, Paris, InterEditions, 1982.
 Crozier M. et Friedberg E., *L'Acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.
 Elsea B., *Science and sexual oppression*, Weidenfeld and Nicolson, Londres, 1981.
 « La Femme soignante », *Pénélope pour l'Histoire des Femmes*, n° 5, automne 1981.
 Friedmann G., *La Puissance et la sagesse*, Paris, Gallimard, 1970.
 Garaudy R., *L'Appel aux vivants*, Paris, Seuil, 1979.
 Loux F., *Sagesses du corps*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1978.
 McLuhan M., *Pour comprendre les média*, Paris, Mame/Seuil, 1964.
 Molière, *Les Femmes savantes*.
 Morin E., *Pour sortir du xx^e siècle*, Paris, Fernand Nathan, 1981.
 Riencourt A. de, *L'Œil de Shiva*, Paris, InterEditions, 1980.

Redécouvrir... élaborer les savoirs des soins*

« RECEVOIR LE RÉSUMÉ D'UN SAVOIR EXTÉRIEUR »... OU LUTTER POUR SE RÉAPPROPRIER UN SAVOIR

Avant d'introduire ce sujet, j'aimerais dire l'intérêt avec lequel j'ai pris connaissance à différentes occasions des cahiers du GRASI. Quelques articles ont particulièrement frappé mon attention. Entre autres, les articles du tout premier numéro de juin 1982, dont l'article du professeur A. Piasser sur la « *Problématique générale de la Recherche-action* », article qu'on pourrait reprendre point par point aujourd'hui, en y apportant quelques développements complémentaires. En voici un passage :

... Les écoles d'infirmières ont tendance à donner une importance disproportionnée à des connaissances importées des facultés universitaires, alors que ces connaissances n'acceptent que rarement de se structurer en fonction du projet infirmier et des contraintes qui lui sont propres.

Le professeur A. Piasser poursuit en posant : « *le problème de la spécificité des théories de soins de santé* ». Pour lui, « *le profil épistémologique des théories de soins de santé contemporaines s'apparente plus souvent au journalisme spécialisé qu'à la science.* »

Il me semble qu'on peut étendre une telle constatation à ce qui se dit et s'écrit aujourd'hui sur le « diagnostic infirmier », ce diagnostic-protocole pré-élaboré.

* Conférence donnée au Colloque organisé à Bruxelles par le Groupe de recherche-action et soins infirmiers (GRASI), le 2 avril 1992, sur le thème « *Des soins infirmiers à la science infirmière* ». L'ensemble des interventions et conférences ont été publiées dans les *Actes du Colloque* portant le titre du thème évoqué. (*Cahiers du GRASI*, 10, 1992.)

C'est à la demande de Bernadette Stinghlamber, alors présidente du GRASI, et de Catherine de Herdt, Secrétaire du GRASI, que j'ai abordé ce sujet.

Et le professeur Piaser de poursuivre encore :

... Il s'ensuit qu'elles (les infirmières) n'ont pas l'impression de recevoir un savoir en évolution, qu'elles pourraient donc elles-mêmes faire évoluer, mais bien de recevoir le « *résumé* » d'un savoir extérieur sur lequel seuls des étrangers à leur profession peuvent avoir prise*.

Le second article qui a également particulièrement attiré mon attention, et que je mentionnerai aujourd'hui est celui du cahier n° 7 du GRASI concernant « *Les Actes d'obéissance dans les soins infirmiers* ». Cet article offre toutes sortes de pistes de réflexion. Si je l'évoque, c'est que les savoirs des soins ont été mis en tutelle tant par l'Église que par les médecins, par l'institution hospitalière, et à leur suite par toute institution qui prône d'instruire et de professer la santé. Les savoirs des soins, enjeu suprême de pouvoir, se sont érodés, voire dénaturés lorsque les femmes soignantes ont dû se soumettre aux règles édictées par l'Église. Progressivement dessaisies de leurs savoirs, elles durent s'en remettre à ceux qui les en avaient dépossédées : prêtres, clercs et médecins. Aussi ne saurions-nous nous étonner qu'au-delà des traitements pour lesquels elles ont été instruites, les infirmières aient à se réapproprier les savoirs des soins ; et que, comme le remarque le professeur Piaser : « *Avec le savoir infirmier, les infirmières se sont engagées dans une lutte qui peut s'apparenter à une lutte de classe* ».

Quel est l'objet de cette lutte ?

Redécouvrir

se réapproprier

restaurer les savoirs des soins,

afin de nourrir et alimenter les pratiques soignantes, seule façon de faire connaître socialement et économiquement la dimension spécifique de l'exercice infirmier.

* Souligné par nous.

SOINS INFIRMIERS, SAVOIRS INFIRMIERS, SCIENCE INFIRMIÈRE ?... OU SOINS, SAVOIR DES SOINS, SCIENCE DES SOINS

Au risque de choquer, je ne vais pas parler en soi de « soins infirmiers », ni de « science infirmière ». En effet, *les soins n'appartiennent par aux infirmières*, et se fixer sur une « *science infirmière* » risque de nous mettre dans une impasse, et de nous y laisser pour longtemps.

Les soins sont le propre de tout un chacun pour assurer la survie ; par contre, dans certaines circonstances comme les passages difficiles de la vie, la maladie ou l'accident, ils relèvent de la *fonction infirmière*, mais ils ne sont pas spécifiquement infirmiers pour cela. La nuance est d'importance, car ce besoin de s'approprier les soins relève de la frustration, de la désappropriation des savoirs des soins de celles et de ceux dont le métier est de soigner ceux qui réclament leur assistance.

On ne parle pas de « *savoirs cuisiniers* » ni de « *savoirs musiciens* », mais « *des savoirs de la cuisine* », « *des savoirs de la musique* ». Par contre, on vantera le « *savoir du cuisinier* »..., « *le savoir du musicien* ».

Les savoirs de la musique n'appartiennent pas aux musiciens..., mais à toute personne qui écoute, joue de la musique. Toutefois, il revient aux musiciens de développer les savoirs de la musique.

Lorsque l'on parle de « savoirs infirmiers », il y a confusion entre **l'objet du savoir** et celui ou celle dont **la fonction** est non seulement de se servir du savoir des soins, mais aussi d'élaborer, construire, développer, enrichir ces savoirs.

La confusion est survenue lorsque ceux qui ont commencé à *professer* se sont attribués les savoirs des praticiens. Les professions se sont forgées sur le savoir des gens de métier. Les gens de métier, avant eux les gens des pratiques..., des usages..., ont développé la base de tous les savoirs.

C'est à partir des pratiques que sont nés tous les savoirs, or les plus anciennes de toutes les pratiques sont les pratiques soignantes.

ORIGINE ET ÉVOLUTION DES SAVOIRS DES SOINS

Soigner est une nécessité impérieuse de toutes les espèces vivantes. Dès que la vie apparaît, les soins existent : il faut « *prendre soin* » de la vie pour qu'elle puisse demeurer.

Pendant des milliers d'années, les soins n'étaient pas le propre d'un métier, encore moins d'une profession. Ils étaient le fait de toute personne qui aidait quelqu'un d'autre à assurer tout ce qui lui était nécessaire pour continuer sa vie en relation avec la vie du groupe.

L'histoire des soins, puis des traitements, s'est dessinée autour de deux grands axes :

— **Assurer la continuité de la vie**, qui a été davantage le fait des femmes.

— **Faire reculer la mort**, qui a été plus le fait des hommes.

Les soins ont toujours entouré, accompagné les grands passages de la vie : celui de **la naissance**, départ de tous les soins, celui de **la mort**, où les pratiques de soins sont données de façon inverse à celles de la naissance.

Entre ces deux passages majeurs qui jalonnent le chemin de la vie : sevrage, puberté, grossesse..., la maladie, qu'il fallait conjurer, était aussi vécue comme un passage qu'il fallait éviter, ou s'efforcer de franchir lorsqu'on la rencontrait.

Les savoirs sont donc nés de toutes les pratiques visant à assurer que ces passages se fassent au mieux. Les façons de faire, cherchées, assimilées, deviennent :

- | | | |
|--|---|---|
| — pratique du corps | → | essentiellement maîtrisées et développées par les femmes autour de la conception, la grossesse, l'accouchement, les nouveau-nés, et les petits enfants, les mourants. |
| — pratiques alimentaires | | |
| — pratiques occasionnées par l'accident de chasse, de guerre autour du corps blessé du chasseur ou du guerrier | → | maîtrisées et développées par les hommes |

COMMENT SE SONT CONSTRUITS LES SAVOIRS DES SOINS¹

Dès les commencements de l'aventure humaine, l'impérieuse nécessité de « *prendre soin de la vie* » pour assurer la survie du groupe, a été à l'origine de tous les savoirs, de leur essor, de leur infinie diversité et complexification.

SE CONCILIER L'UNIVERS

Quels que soient les lieux où les hommes et les femmes commencent à s'insérer et à se développer, ils cherchent d'abord à se **concilier l'univers**. Par **univers** il faut entendre le lieu d'insertion, le territoire d'appartenance du groupe. Chaque univers est propre au groupe et constitue un monde en soi qui devient en quelque sorte « le monde ». Les « univers » des différents groupes humains seront extrêmement variés, en fonction des climats, des reliefs, de la nature du sol, du sous-sol et de leurs ressources.

DE L'EXPLORATION AUX REPRÉSENTATIONS DE L'UNIVERS

Se concilier l'univers, c'est l'explorer, le découvrir pour s'en faire un allié en s'en appropriant les effets bénéfiques participant à la survie du groupe. Cette découverte se fait par de fines observations effectuées par tâtonnements, essais et erreurs, donnant lieu à des interprétations cherchant à déterminer ce qui est porteur de forces bénéfiques favorables à la survie du groupe, ou de forces maléfiques l'entravant. À partir de ces interprétations s'élaborent des représentations imaginaires de l'univers, représentations auxquelles vont s'attacher des significations, c'est-à-dire qu'elles sont porteuses de signes déterminant ce qui est BON (porteur de vie) ou MAUVAIS (porteur de mort) pour la vie du groupe. Ceci se retrouve d'ailleurs dans la Genèse sous la forme de l'arbre de la science du BIEN et du MAL ; c'est l'homme qui attribue une signification à ce qui l'entoure, ce qui le détache du monde animal, en lui conférant un attribut de DIEU.

Ainsi les *représentations du monde*, chargées de diverses significations, participent à la construction de *symboles*. Toute représentation a des dimensions symboliques : elle est porteuse de ce qui au sein d'un groupe donné est jugé bon ou mauvais. Tout est sujet à étonnement, questionnement, que ce soient les plantes, les astres, le corps blessé de l'animal chassé. Chaque facette de l'univers se verra dotée d'attributs qui seront porteurs de significations symboliques participant à la désignation du sacré, c'est-à-dire « ce qui donne sens au monde, sens que de lui-même il ne possède pas à l'origine [mais] qui fait subir à la nature et aux relations humaines une transfiguration » donnant naissance au mythe². L'univers se peuple de bons et de mauvais génies, de bonnes et de mauvaises fées, de déesses, puis de dieux à l'image des représentations des

hommes, en fonction des lieux, de l'évolution des savoirs et des croyances, mais aussi de la transformation de ces savoirs sous l'influence de nouveaux outils.

Cette façon de découvrir l'univers reste celle du petit enfant qui se crée des représentations du monde qui l'entoure, déjà chargées de l'héritage culturel de l'environnement social dans lequel il est né. Chaque représentation demeure investie de sens, mais un sens qui en s'individualisant échappe à ce qui relie le groupe en son entier à ce qui le soude : *le sacré*.

DE L'EXPÉRIENCE AUX SAVOIRS

Les observations renouvelées procurent une expérience incontestable de la façon de se servir de l'environnement. Que ce soient les découvertes du corps de l'animal ou de celui du chasseur blessé faites par les hommes à partir de la chasse ou de la pêche, ou que ce soit la découverte de multiples propriétés des plantes faite par les femmes, ou la façon de donner des soins au corps des mères et des enfants durant la grossesse ou à la naissance, tout ceci constitue peu à peu une expérience qui en se renforçant participe à l'*élaboration des savoirs*.

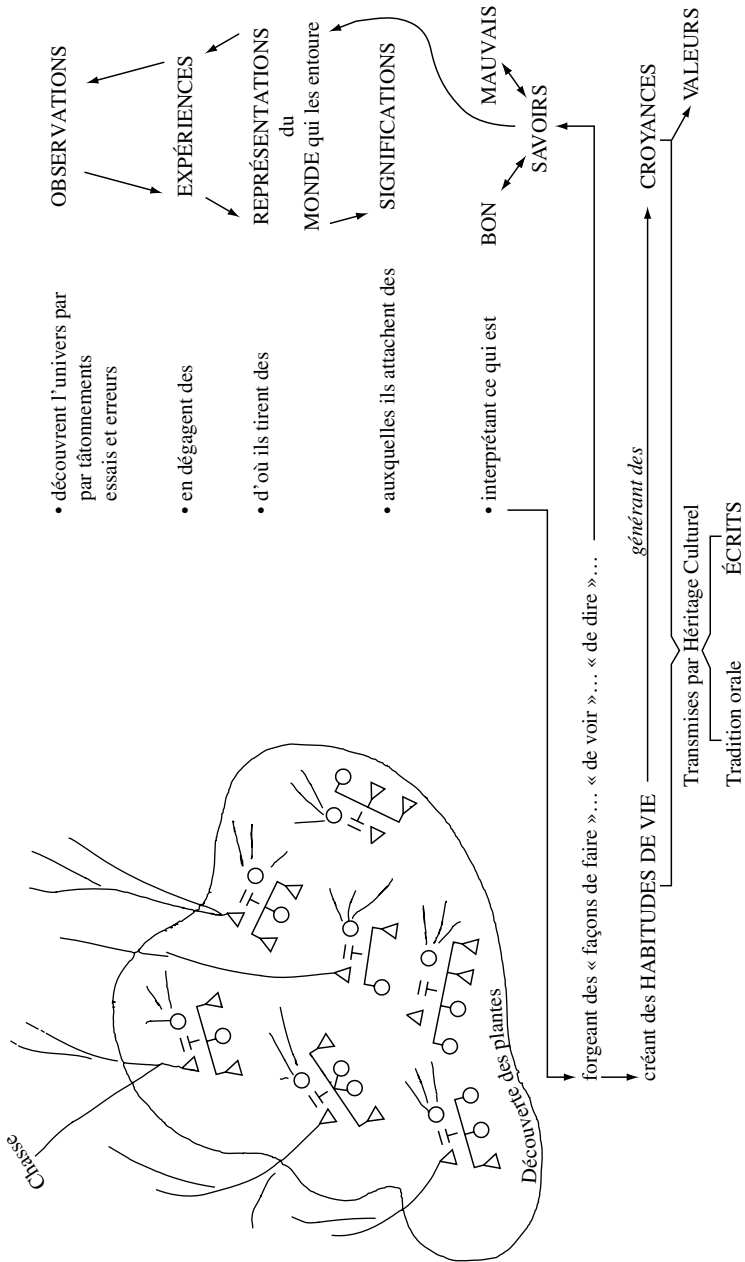
Ces savoirs sont dotés d'une triple caractéristique :

— Ils sont **empiriques**, c'est-à-dire nés de l'expérience. Pour savoir, il fallait « y avoir goûté », « y avoir tâté », au sens étymologique du mot ; *sapere* → *goûter*. Il fallait que cela s'inscrive dans une expérience de confrontation avec la réalité, devenant ainsi une expérience de vie.

— Ils sont **communautaires**, en ce sens qu'ils sont le fruit de l'expérience du groupe. C'est du partage de constatations dégagées de différentes expériences faites par les femmes ou les hommes du groupe que s'élabore, se nomme le savoir du groupe dans tel ou tel domaine. L'ensemble de ces savoirs constitue un immense patrimoine de connaissances à partir de *savoirs empiriques*.

— Ils se communiquent par **tradition orale** ↔ *tradere*, transmettre. C'est une transmission initiatique, où l'on s'initie par l'expérience qui en quelque sorte consacre. À l'encontre de ce que l'on a laissé croire, la tradition n'est pas immobile. Elle est flexible et diversifiée en fonction des modifications apportées par les expériences et par l'invention de nouveaux outils, mais ceci se passe dans la longue durée.

Hommes et femmes



**De la découverte du monde à l'élaboration de savoirs
généralisant façons de faire... croyances... et valeurs**

DIFFUSION DES SAVOIRS DES SOINS

Les savoirs développés à partir des pratiques de soins visant à assurer la vie des groupes humains se sont transmis durant des millénaires par *tradition orale* — comme on vient de le voir —, ce qui ne veut pas dire qu'ils étaient immuables. Ils évoluaient en fonction des déplacements des groupes, qui côtoyant de nouveaux environnements, étaient amenés à innover d'autres façons de faire, et à créer d'autres outils.

Savoirs, habitudes de vie et croyances constituaient des patrimoines culturels que chaque groupe protégeait comme la mémoire du groupe, générant son identité. Chaque membre du groupe, en devenant détenteur, se devait de les respecter et de les diffuser. Cependant, l'accroissement démographique obligea à la désignation de personnes référentes pour l'ensemble du groupe. Il leur revenait d'être garantes des savoirs, des habitudes de vie et des croyances, générés par les pratiques de vie du groupe.

LES GARANTS DES SAVOIRS DU GROUPE

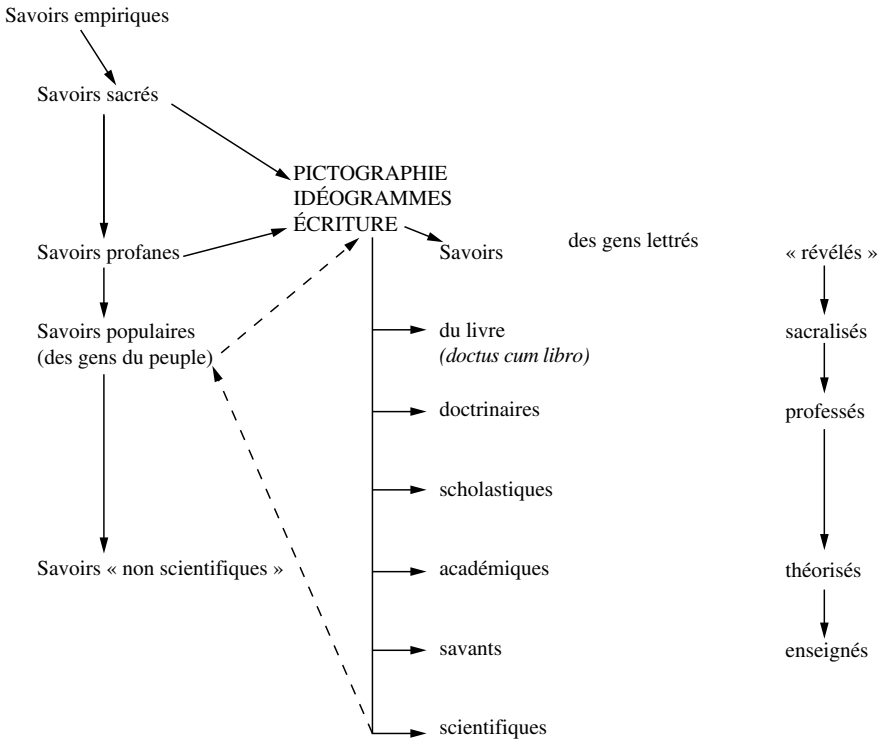
Shamans, sorcières et sorciers — qui détenaient le sort —, puis prêtresses et prêtres furent au fil du temps désignés comme garants des savoirs, coutumes et rites générés au sein des groupes humains. Chargés de garder les savoirs et de veiller à protéger leurs connotations symboliques, ils en sont venus à les interpréter, les organiser, les contrôler, les réajuster, mais aussi ont pu décider de les modifier, de les ignorer, ou même de les condamner et d'en exclure certains : les savoirs du groupe devenant soumis à leur arbitrage.

Une première césure apparaîtra entre les *savoirs sacrés* détenus par les prêtres et les *savoirs* dits *profanes* : savoirs connus, mais aussi renouvelés, réinventés par les gens des pratiques par les gens des métiers. Ce qui est désigné comme *sacré* par les prêtres s'éloigne progressivement du sens, du signifié immédiat conféré par les gens des pratiques. Pourtant, le signifié que ceux-ci attribuent aux êtres et aux choses revêt également un caractère sacré, d'où le fossé qui se creusera entre les représentations symboliques émanant des pratiques et celles émanant des écrits.

LES TENANTS DE L'ÉCRITURE

Autour de pratiques et de savoirs sacralisés par les prêtres, engendrant rites et rituels, commenceront à apparaître les premières expressions gra-

phiques, prélude à l'écriture. Pictogrammes, hiéroglyphes, idéogrammes transcrivent représentations symboliques et savoirs accumulés de la naissance à la mort, autour du rythme des saisons et des grands passages de la vie. Déterminés comme inviolables, ils constitueront la base de ce qui deviendra la *loi révélée* par l'Écriture. S'affirment alors les *civilisations de l'écriture* donnant naissance aux *religions du livre*.



De le tradition orale à l'écriture Évolution et transformation des savoirs

TRANSFORMATIONS OPÉRÉES PAR L'ÉCRITURE

Avec l'émergence de l'écriture s'opère une transformation des *cultures de la parole*, de l'*oralité*. Si la main, le geste ont permis la construction du

langage³, de la mémoire, l'écriture modifie de façon irréversible la vision et la relation de l'homme à l'univers. La transcription des pratiques et des savoirs forgent d'autres représentations du réel amenant à des généralisations. L'écriture synthétise. D'une représentation d'un panthéon de dieux on arrive à l'idée de Dieu, idée qui apparaît chez les Égyptiens, puis chez les Grecs dès le v^e siècle avant J.-C.⁴

La civilisation occidentale naît de la rencontre de plusieurs civilisations ayant utilisé l'écriture : la civilisation assyrienne, sumérienne (celle d'Abraham), crétoise, égyptienne, grecque, judaïque... pour ne citer que les plus connues antérieurement à l'Empire romain. Au cours du développement de ces civilisations, grâce aux gens de métiers et artisans, prêtres, clercs et philosophes deviennent des gens doctes qui professent la doctrine issue des écrits. Cultivant leur esprit à partir des écrits dont ils deviennent les spécialistes, ils représentent les détenteurs de la pensée. Franchissant au cours des siècles l'enceinte des lieux sacrés ou des temples, premier lieu détenteur des écrits sacrés, ils créent et développent des écoles de pensée, dont les premières écoles de médecine. S'honorant d'être au-dessus du peuple, ils en viendront peu à peu à proclamer, à la suite de Platon, la supériorité de l'esprit sur le corps⁵. Au carrefour des influences grecques et judéo-chrétiennes, cette conception s'imposera par la voie des Pères de l'Église — tant celle d'Orient que l'Occident — à l'ensemble de la société occidentale. À la suite des moines anachorètes du désert, la quête de la pureté de l'esprit s'imposera par l'éloge de la virginité. Avec l'ascension du christianisme le corps deviendra vil, méprisable, impur, objet de fornication, *a fortiori* le corps des femmes qui par la fécondité demeure corps de la souillure et de l'impureté rivant les femmes au désordre de la nature sauf si elles optent pour la virginité⁶.

En méprisant le corps, puis en le condamnant, en écartant les femmes des écoles de médecine, en instaurant la chasse aux sorcières, en prônant une médecine académique aux dépens de savoirs élaborés par les matrones, guérisseuses, mais aussi pendant longtemps par tout praticien — comme les chirurgiens et officiers de santé —, c'est toute une « bio-culture » née des soins, s'inscrivant dans le rythme des saisons, intégrant corps et esprit, émotions, sentiments, représentations symboliques trouvant leur expression dans les cultes païens, intégrant la vie et la mort dans leur unicité, qui est condamnée. Alors s'instaurera une acculturation progressive des savoirs des soins issus de pratiques autour de la fécondité et de la naissance, ainsi que de l'accompagnement des mourants. Les soins deviendront centrés sur le salut de l'âme. Ils exalteront la souffrance rédemptrice, au détriment de tout ce qui stimule, développe, accompagne les forces et le désir de vivre ou

compense les forces qui s'étiolent, qui s'achèvent. Se poursuivant bien au-delà des quatre siècles de l'Inquisition et de la destructuration des savoirs des matrones soumises au contrôle de l'Église, il s'instaurera de la part de ceux qui professent une *déculturation persistante des pratiques soignantes* entraînant la perte, la dérision ou la désuétude des savoirs qui leur étaient attachés⁷. Cette déculturation renforcée par les mouvements démographiques de désertion des campagnes vers les centres d'industrialisation trouvera son paroxysme au XIX^e siècle : la grande mortalité infantile engendrée par le marché des nourrices en sera une illustration flagrante⁸. Cette annihilation des savoirs empiriques taxés d'ignorance aura des effets extrêmement préjudiciables, s'étendant jusqu'au Tiers-Monde, tout au long du XX^e siècle. Les règles de conduite « professées » dans les ordres religieux à partir de la doctrine de l'Église prendront le relais des savoirs empiriques, tandis que la fin du XVIII^e siècle voit naître une pléthore de manuels rédigés par médecins, chirurgiens et officiers de santé, ce qui leur fera s'attribuer la prérogative de l'instruction des sages-femmes, puis des gardes-malades, des infirmières, et enfin des mères elles-mêmes⁹.

LA RÉDUCTION DES SAVOIRS → LES MANUELS

Que transmettent les manuels ? Peut-on encore parler de savoirs ? L'analyse des préfaces des manuels adressés aux sages-femmes, puis aux gardes-malades et infirmières nous renseignent sur les intentions de leurs auteurs. Au fur et à mesure de leur parution, ces intentions se font de plus en plus précises. Elles sont à la fois défensives et offensives : en annonçant leur lutte contre l'ignorance qu'ils imputent à ces femmes, toutefois ignorance qui met les médecins sur la défensive puisqu'ils dénoncent la présomption de savoir de ces mêmes femmes. Dans la préface de la deuxième édition de son *Manuel des gardes-malades*, paru en 1827, F.E. Fodéré voit la possibilité d'accorder les deux en conciliant « le bon naturel et la bonne volonté (des femmes) à donner des remèdes et des conseils » tout en n'abandonnant pas les gens à l'ignorance et à la superstition de ces Esculapes en Jupon »¹⁰. Aussi propose-t-il d'en faire des « *lieutenants des médecins* ». Dans cette optique, les manuels vont s'attacher à définir la conduite des gardes-malades qui permutera en « *rôle de l'infirmière* », avec sa double facette : morale et technique. Les qualités essentiellement féminines attendues des médecins pour répondre à ce qu'ils attendent des infirmières feront l'objet de manuels de morale

professionnelle dont la rédaction reviendra aux religieuses, prêtres et infirmières laïcisées, tandis que le caractère « scientifique » de l'instruction restera l'apanage des médecins. L'introduction de principes scientifiques devenant seule source de connaissance permettant d'approcher le corps du malade amène « la mise à distance du corps » dont il s'agit de réfréner les émotions, tant celles du malade que de l'infirmière. Les sens qui chez les religieuses étaient condamnés comme « *portes de la mort* »¹¹ deviennent instruments de mesure, véhicules d'hygiène, supports techniques. Le corps du malade devient « *le corps de la maladie* », « *machine vivante* » soumis au « *toucher technique* »¹². (Voir l'encadré.)

La méthode proposée par les manuels va désormais régenter les soins. Elle repose sur deux principes essentiels : l'ordre, la mise à distance de la réalité banale. Elle conduit à un véritable dressage de ceux qui la pratiquent, en intériorisant très profondément dans les gestes et les comportements les deux principes qui la constituent. Ces deux principes, en échappant au champ méthodologique qui leur a donné naissance, se prêtent à une réinterprétation idéologique¹³. De fait, la méthode pédagogique des manuels est simpliste, elle **ne permet pas d'apprendre à penser**, mais à reproduire et à appliquer. D'ailleurs, elle sert bien son but : **ne jamais juger par soi-même** — c'est-à-dire **penser**. Seul le médecin est capable de discernement, il est le référent suprême. En proposant des généralisations abusives, cette méthode instaure une pensée uniformisée, elle donne pour scientifique ce qui ne l'est pas, prohibant le questionnement, ce qui est la base de toute science, de toute connaissance. Elle crée une pensée mécaniste, limitée à l'accomplissement de tâches. Elle renforce la rupture entre le corps et l'esprit, exclut l'expression des émotions et des sentiments, ignore ou même condamne l'expérience acquise par la vie qui sera remplacée par les qualités. De fait, il n'y a plus à proprement parler de savoir des soins élaborés et construit par les gardes-malades, puis par les infirmières, mais la communication d'une « instruction » limitée à ce qui sera utile pour que l'infirmière puisse être « près du malade l'œil, le bras, la main du médecin »¹⁴.

À ce titre l'infirmière

doit recevoir une triple instruction : il faut qu'elle soit initiée aux grandes choses élémentaires de l'anatomie, de la médecine et de la chirurgie. Il faut qu'elle s'imprègne de connaissances techniques consommées, il faut enfin que son cœur soit formé à l'amour du malade et que sa conscience soit peu à peu élevée à la hauteur du devoir médical¹⁵.

LA MISE À DISTANCE DU CORPS

Anne-Marie Prevost*

Dans l'accomplissement d'un soin technique, le registre des émotions doit disparaître pour que l'efficacité soit possible. Ceci est généralement entendu comme la disparition des phénomènes « émotifs » perturbateurs qui pourraient gêner, et même interdire le soin. L'émotion apparaît ici comme une conduite non réglée, susceptible de troubler le déroulement de l'intervention. Le comportement technique implique donc par lui-même plusieurs choses :

1. L'oubli provisoire de **la relation à l'autre**, dans la mesure où celle-ci se fonde sur l'existence d'un « nous », véritable unité du rapport, qui précède et permet la découverte que chacun fait de soi. L'attitude technique implique la confrontation de deux sujets dont l'un est actif et l'autre passif, et qui sont séparés par l'acte produit, car l'acte est l'intérêt momentané du rapport. L'intervention technique consacre **un écart entre les protagonistes**, écart nécessaire en raison du but poursuivi.

2. Une perception **objective** des corps en présence. L'opérateur évacue son émotion :
• En adoptant une attitude instrumentale vis-à-vis de son propre corps. Les sens deviennent par exemple des procédés de mesure ; le « toucher » technique n'est plus un rapprochement mais une manœuvre.

• En percevant le corps du malade comme un organisme, comme « une machine vivante ».

Toute manœuvre, en effet, ne peut être efficace qu'à travers une représentation du corps du patient : corps de la maladie et non corps du malade (ou encore : corps objet de soins et non corps en relation avec soi). Pour conserver son sang-froid, l'opérateur est obligé d'avoir une telle perception du corps du patient.

Cette nécessité est si grande qu'il arrive que le malade lui-même s'efforce d'adopter un même point de vue vis-à-vis de son propre corps pour conserver son calme ; effort souvent vain mais qui montre la puissance de l'impératif.

3. Le comportement technique implique enfin **une éducation** : l'opérateur n'adopte pas spontanément une attitude technique ; il doit apprendre non seulement les gestes mais aussi la distance que ceux-ci supposent.

Le soin technique-aseptique allie donc une mise à distance opératoire et une mise à distance scientifiquement fondée ; leur conjugaison garantit l'efficacité.

Cette représentation du corps malade n'est pas nouvelle pour les médecins, mais c'est probablement la première fois qu'elle est implicitement mais clairement exigée par la garde-malade. Sur ce point très précis, on accorde pleinement à l'infirmière une attitude médicale ; car c'est ce partage d'une même représentation du corps qui conditionne pour le médecin, la possibilité d'avoir une collaboratrice éclairée, une auxiliaire. Une approche différente entraînerait à brève échéance un divorce entre la pratique médicale et la pratique infirmière.

* Anne-Marie Prevost, « La Mise à distance du corps, réflexion sur l'enseignement infirmier », in Cahier de l'AMIEC n° 10, *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*, p. 66-67. Cet extrait, ainsi que « Corps objet — Corps sujet » publié par le même auteur dans *L'Univers de la profession infirmière*, Paris, Presses de Lutèce, 1991, p. 55-72 sont des séquences de sa remarquable thèse de médecine (Marseille, 1982) présentant pour la première fois en France une analyse d'un corpus de 52 manuels rédigés pour gardes-malades et infirmières, répertoriés, et en partie retrouvés, par ses soins. Son analyse sur le péril de l'émotion dans l'approche des soins apporte un éclairage irremplaçable sur cette conception des soins véhiculée jusqu'à nos jours par la voie de la formation professionnelle.

TENTATIVES DE RÉAPPROPRIATION DES SAVOIRS DES SOINS

ENTRE LE « SAVOIR-FAIRE »... ET LE « SAVOIR ÊTRE »

Le courant de technicité développé à partir des années 58-60 en se centrant sur la maladie va modifier la pratique infirmière dont la raison d'être demeurera le malade, mais en tant qu'investi par la maladie. L'objet du travail infirmier devient alors véritablement la maladie. L'orientation idéologique des soins demeure autour du malade tandis que l'enseignement se centre sur la maladie, objet d'investigation et de traitement. Les soins aux malades deviennent « *la technique* », puis « *les soins techniques* ». Associés aux soins dits « d'hygiène », voire de confort, ils sont répartis en tâches et constituent la base des « *savoirs infirmiers* », tandis que le rôle moral est laissé à la merci du dévouement, de la disponibilité, puis de la conscience professionnelle. Pour remédier à cet état, l'influence de courants psychologiques issus d'Europe et des États-Unis¹⁶ firent émerger le courant de la relation soignant-soigné. Ce courant puise essentiellement ses connaissances dans la psychologie des comportements et des attitudes. Il vise le *savoir-être* qu'il maintient dissocié du *savoir-faire*. Les techniques d'entretien, de communication suppléent la technicité centrée sur la physio-pathologie, mais la construction de pensée reste mécaniste. Les savoirs demeurent en miettes, non reliés. En dotant le rôle moral d'un caractère moderniste, ce courant prône la « remise en question » visant davantage les attitudes de l'infirmière (ou de la personne soignée) qu'un questionnement sur ce qui génère les soins, les justifie par rapport à l'ensemble des dimensions bio-psycho-sociales interférant de façon variable selon les situations.

Ainsi, ce qui relève du « *rôle technique* » devient « *savoir-faire* », tandis que le « *savoir-être* » se substitue au « *rôle moral* ». La règle de conduite est commuée en questionnement du comportement. L'un et l'autre ne se rencontrent pas ; ils restent dissociés. L'un comme l'autre s'apprennent dans des manuels pour infirmières.

DES THÉORIES EN FORME DE THÉORÈMES...

Lors de la parution de *Notes on nursing* en 1859, Florence Nightingale a posé pour la première fois, dans une publication, une interrogation sur

les soins. En aucun cas elle n'a voulu établir « une règle de pensée qui pourrait enseigner aux femmes et aux infirmières comment soigner »¹⁷. Elle exprime le désir d'évoquer simplement des suggestions (*hints*), des repères pour que soigner consiste à chercher à favoriser les conditions permettant de franchir le passage difficile de la maladie. Ce sera dans ce même esprit d'interrogation afin de savoir autour de quoi se structurent les pratiques et les savoirs des soins que des infirmières anglaises, américaines, et autres¹⁸, ou des femmes médecins désirant retrouver les soins telle Anna Hamilton... tenteront de cerner ce qui est à prendre en considération pour soigner. Confrontant leur expérience aux connaissances de leur époque, elles en tirent des possibilités d'utilisation pour expliciter les « fondements » des soins (*fundamentals of nursing*). En dépit des explications qu'elles donnent pour montrer comment elles en sont arrivées là — telle Virginia Henderson dans *The Nature of nursing* —, leur contribution aux savoirs des soins est rapidement transformée en règles à penser, en systèmes d'application. Diffusée par elles-mêmes ou par d'autres, leur pensée sera transcrite à la façon des manuels — ou enseignée comme telle — ; de ce fait elle perdra vite sa signification originale et originelle. Réduites à des théories qui deviennent rapidement des théorèmes, leur conception et leur approche des soins, en subissant le réductionnisme le plus élémentaire, continuent de s'inscrire dans une application mécanique inhibant interrogation et questionnement, puisque la théorie devient *modèle*... modèle à appliquer. De « l'*infirmière modèle* » on passe au « *modèle pour infirmières* » sans même s'en rendre compte. Après « les théories de soins », le même phénomène est en train de se produire pour « le diagnostic infirmier ». Pensée mécaniste pré-organisée, soumise à des règles prescriptives... dissociation du savoir-faire et du savoir-être, tout ceci est révélateur du malaise dans lequel se trouvent les soignants pour se réapproprier les savoirs des soins. Les conséquences se répercutent sur l'analyse de la charge de travail, la dotation insuffisante en personnel, la limitation d'une lecture économique qui s'arrête au coût sans prendre en considération les incidences économiques. Comment réconcilier... relier, c'est-à-dire mettre en relation, ce qui touche au corps et à l'esprit, aux émotions et aux sentiments en lien avec les atteintes physiologiques, les conceptions et symboles culturels, avec la rationalité dite scientifique. Tout l'enjeu et le défi des soins se trouvent là.

SE RÉAPPROPRIER LES SAVOIRS DES SOINS

Pour se réapproprier les savoirs des soins aujourd'hui, il est nécessaire de clarifier ce qu'on entend par savoir et ce qu'on entend par soins.

CE QU'ON ENTEND PAR SAVOIR/SAVOIRS

Comme le mot soin/soins, les mots « *savoir* », « *connaissance* » sont couramment utilisés à contre-temps, remplaçant inconsidérément les mots « *information* » et « *instruction* ».

Savoir

Venant de *savor... sapor/saporis* → *saveur*. Le savoir procède de ce que l'on a tâté (taste)... goûté... senti. C'est ce que l'on a appris après « y avoir tâté », « y avoir goûté », parce qu'on en a fait l'expérience.

Tout savoir passe par une découverte, par une acquisition personnelle. Il part du senti, du ressenti, et ne devient savoir que s'il est nommé, explicité. Tout savoir passe par la parole, l'expression en groupe, à partir d'observations et de constatations.

Connaissance

Venant de *connaissance* → *co/noscere* → *naître avec*. Porteuse de fécondité, donnant naissance à..., la connaissance est le savoir structuré qui en se transmettant donne naissance à d'autres savoirs, s'il y a confrontation avec des situations, avec l'expérience personnelle, avec d'autres sources de connaissances.

Information

Venant de *in/formare* → ce qui est mis en forme. *L'information n'est pas un savoir*, mais elle peut participer à la constitution de savoirs si elle est intégrée à l'expérience. L'information n'est pas en soi une connaissance, mais elle peut être porteuse de connaissances. Elle alimente la connaissance.

Instruction

Venant de *in/struere* → *introduire dans... emplir*. L'instruction est une communication d'informations données à dessein, servant à une finalité. L'instruction ne deviendra savoir que si elle est confrontée, puis intégrée

à l'expérience. Les informations communiquées par l'instruction peuvent être stockées, rejetées... ou digérées (comme les aliments). Seule leur transformation par leur confrontation à l'expérience peut les intégrer à des savoirs, et de ce fait les rendre utilisables. (Voir encadré.)

DROGUÉ DE SAVOIR ?

Michel Serres*

Drogué de savoir ? J'aime que le savoir fasse vivre, cultive, j'aime en faire chair et maison, qu'il aide à boire et manger, à marcher lentement, aimer, mourir, renaître parfois, j'aime à dormir entre ses draps, qu'il ne soit pas extérieur à moi. Or, il a perdu cette valeur vitale, il faudra même se guérir du savoir.

Coupé en morceaux menus, nouveau à chaque prise absorbée, vite monotone, vite désuet, passant, rapide et plutôt en cours d'inflation qu'en vraie croissance, le savoir livré par les thèses, les articles, les revues scientifiques a pris la forme même que l'information assenée par les journaux, écrits parlés ou visibles, par l'ensemble des médias, ou qu'une liasse de billets ou qu'un paquet de cigarettes, partagés en unités, classés bientôt à la banque des données, mis sous codes. Nous ne vivons plus adonnés au dit, nous allons perdre le langage à son tour après avoir perdu les sens, mais, naturellement, adonnés aux données. Non plus celles du monde, ni celles des langues, mais celles des codes. Savoir égale s'informer. L'information devient la forme supérieure et universelle de la drogue, de l'assuétude, de l'addiction.

Ladite activité intellectuelle équivaut à la prise de narcotique : ne pas manquer la prise régulière d'information sous peine de perdre contact. La dernière annonce rend désuètes les précédentes, voici la loi de la drogue, où seule la prochaine prise compte. Ni l'information, ni la prise ne donnent du bonheur quand on les a, mais rendent misérable quand on ne les a pas. La science ne forme plus au détachement de la concurrence, du mime, de l'envie, de la haine et de la guerre, les pires de nos maux, elle se donne sous une forme qui les empire et les exaspère. Le savoir en pointe dévalorise vite tout le reste du savoir : point qui pique, s'enfoncé, fait mal, assujettit.

Le savoir donne. Vite, beaucoup. Sous forme de données, devient le donné.

Le savoir dit. Vite, beaucoup. Sous forme de code, remplace le langage.

Il remplace le donné, il devient langage.

Il donne, il dit. Approuve, condamne et assujettit.

Sort le préteur. Entre l'augure. Le préteur ou le premier homme, puis l'augure au vrai commencement.

Avant même le préteur.

Sort l'augure. Entre le savant.

Le savant dit, à son tour : Do, dico, addico.

Je suis drogué par le savoir.

Cette idée si répandue que tout doit se dire et se résout par le langage, que tout vrai problème donne matière à débat, que la philosophie se réduit à des questions réponses, qu'on ne peut se soigner qu'en parlant, que l'enseignement passe exclusivement par le discours, cette idée bavarde, théâtrale, publicitaire, sans vergogne, ni pudeur, ignore la présence réelle du vin et du pain, leur goût tacite, leur odeur, oublie l'élevage par les gestes à peine esquissés, la connivence, les complicités, ce qui va sans dire, la prière d'amour insigne, les institutions impossibles qui claquent comme l'éclair, le charme qui traîne derrière une allure, cette idée judiciaire condamne les timides, ceux qui ne sont pas toujours de leur propre avis et qui ne savent pas ce qu'ils pensent, les chercheurs, cette idée de professeur exclut ceux qui n'assistent pas à la classe,

les inventeurs et les humbles, ceux qui hésitent et sont touchés, les gens d'esprit et les hommes de peine, les cœurs en peine et les pauvres d'esprit, j'ai connu tant de choses sans texte et de personnes sans grammaire, enfants sans lexique, vieillards sans vocabulaire, j'ai tant vécu à l'étranger, muet, terrifié derrière le rideau des langues, aurais-je vraiment goûté la vie si je n'avais fait qu'entendre ou parler, le très précieux et ce que je sais reste enchâssé de silence. Non, le monde ni l'expérience, ni la philosophie, ni la mort ne se laissent enfermer au théâtre, dans le tribunal ni dans une leçon. Cette idée vraie oublie la physique et la vie, la science et la littérature, le pudique et la beauté.

* Ce passage tiré de « Guérison à Epidaure » fait apparaître la dénaturation du savoir. Ce savoir-information qui envahit le temps et l'espace... ce savoir codifié qui met en retrait les choses essentielles de la vie. Michel Serres nous rappelle dans la dernière séquence, ce qui est source de savoir. (Michel Serres, *Les Cinq sens*, Paris, Grasset, 1985, p. 110-111.)

En se rendant compte du sens originel de ces quatre mots — sans avoir pu aborder ici de nombreux développements engendrés par l'utilisation du singulier et du pluriel : le savoir... les savoirs, la connaissance... les connaissances... etc., il apparaît que leur substitution abusive des uns à la place des autres amène à de très nuisibles dérivations du sens. Ce transfuge, cette perte du signifié des mots, *a fortiori* de la parole... est un phénomène courant dans le milieu culturel infirmier. Il contribue à appauvrir considérablement la construction d'une pensée où se relie le psycho-affectif et le cognitif, et par là l'élaboration de savoirs. Le vocabulaire et les expressions ayant trait aux soins n'ont pas échappé à cette dérive ou cette perte du sens.

CE QUE L'ON ENTEND PAR SOINS

Soins

Ce terme, utilisé au singulier et au pluriel — en s'appauvrissant considérablement au singulier — est issu du verbe *soniare* → *s'occuper de*. En français, l'utilisation du substantif est beaucoup moins riche de sens que le verbe « *soigner* » qu'on aurait intérêt à plus utiliser, *a fortiori* dans les traductions de textes anglais. Si l'on est attentif au verbe *soigner*, il est un des rares verbes qui se conjugue à la forme passive, pronominale et active : *Etre soigné... se soigner... soigner*. De fait, ces trois formes révèlent les étapes de la vie que nous franchissons progressivement avec l'aide des autres pour arriver à nous suffire à nous-même, puis à notre tour accompagner les autres (voir la figure de la p. 183).

De la naissance à la mort, *être soigné... se soigner... soigner... se succéder*, non pas en se juxtaposant, mais en se chevauchant.* L'apport des autres, et ce que nous acquérons ou pouvons encore assurer pour nous-même est de durée et d'amplitude variables suivant les lieux, les époques, les cultures. L'exercice professionnel des soignants est là pour pourvoir à l'une de ces étapes lorsque l'entourage ne peut l'assurer seul, ou lorsqu'il n'y a plus d'entourage.

Remèdes

Ce mot a presque disparu de notre vocabulaire. Il n'est pratiquement jamais utilisé dans le milieu professionnel infirmier, ce qui est significatif d'un abandon de savoirs concernant l'utilisation de pratiques du corps : massages, et l'utilisation des plantes : onguents, emplâtres, vins, tisanes, huiles.

Remédier, signifie *pallier, compenser, éviter de passer un seuil de non retour, éviter l'aggravation*. Se situant entre les soins et les traitements, les remèdes complètent, et souvent accentuent les soins. Ils visent à ramener à l'équilibre homéostasique, à retrouver « l'harmonie » comme diraient les Chinois.

Traitement

Venant de *tractare...* à l'origine ce mot signifie *négocier*. On est loin de ce sens avec les malades. Le traitement vise à modifier l'emprise et l'action de la maladie, cherche à l'arrêter. Le traitement a donc pour cible la maladie. En ne se centrant que sur elle, il risque d'annihiler toutes les autres capacités physiques, psycho-affectives, sociales dont dispose toute personne pour maîtriser, voire même pour tirer parti de la maladie.

Pour l'avoir longuement développé dans *Promouvoir la vie*, et dans de nombreux écrits, je rappellerai encore ici que **soigner ne saurait être assimilé à traiter**. Les soins et les traitements ne sont pas de même nature. Or, la méprise constante entretenue entre ce qui est de l'ordre des soins et ce qui est de l'ordre des traitements fait que ces derniers sont abusivement dénommés « soins », ce qui laisse à penser que seuls les traitements représentent l'action thérapeutique.

Les jardiniers et les horticulteurs connaissent et utilisent toujours cette différence entre « soins » et « traitements ». Ils soignent les plantes pour qu'elles croissent, se développent, fleurissent, portent des fruits. Par contre, lorsque des plantes sont atteintes par une maladie, ils les

* Voir Soigner... accompagner les grands passages de la vie, p. 173-202.

traitent en utilisant quelque produit, ou quelque moyen visant à endiguer la maladie. Toutefois, durant le temps du traitement, il ne leur viendrait pas à l'idée de ne plus soigner ces plantes. Bien au contraire, ils redoublent d'attention et de soins, d'une part parce que le traitement ne saurait remplacer ce qui assure les fonctions vitales : boire, avoir de la chaleur, de la lumière, etc., d'autre part, plus un traitement prend la place des soins, plus il devient nuisible. Pourtant, lorsqu'il s'agit des hommes on voit s'amorcer une dérive du sens originel des soins, amenant à assimiler les traitements aux soins, ce qui donne aux traitements une place prédominante, au point d'envahir tout le champ thérapeutique. Or, *aucun traitement ne peut se substituer aux soins*. On peut vivre sans traitement, mais *on ne peut pas vivre sans soins*. Même lorsqu'on est malade, aucun traitement ne saurait remplacer les soins. Ce qui est encore connu pour les plantes, ou pour les animaux, ne va plus de soi pour les hommes. Pour eux, la signification de « traiter » a insidieusement emprunté celle de « soigner » et s'en est revêtue au point de reléguer les soins comme subsidiaires, secondaires. Tandis qu'ils sont vitaux, les soins sont considérés comme une activité subalterne. La carence en soins amène une inflation des traitements. On peut s'en rendre compte dans bien des domaines. Un exemple manifeste, parmi d'autres, concerne le sommeil.

Pour se réapproprier les savoirs des soins, les développer, et faire apparaître leurs incidences socio-économiques, il est impératif de distinguer ce qui relève des soins et ce qui relève des traitements. Pas davantage ne peuvent être considérés comme soins les tâches d'hygiène, accomplies de façon systématique et routinière. Soigner c'est apprendre à discerner ce qui nécessite stimulation, développement des forces et des capacités de vie, mais aussi ce qui demande de maintenir les capacités existantes, d'atténuer ou de compenser leurs pertes (personnes âgées), d'accompagner ce qui est incertain, ou s'étiolé. Même lors de très grave maladie ou d'accident, les traitements ne sauraient en aucun cas remplacer les soins. *Soins de stimulation, de développement, de maintien de la vie, de compensation* d'atteintes fonctionnelles ou de perturbations psycho-affectives, *soins d'accompagnement* — dénommés de façon erronée « palliatifs »..., ces soins, alliés ou non à des traitements dont ils demeurent le support, requièrent une capacité de discernement de tout ce qui aide à vivre, de ce qui contribuera à faire *passer, dépasser* l'étape à franchir, jusqu'à celle du trépas.

ÉLABORER LES SAVOIRS À PARTIR DES SITUATIONS DE SOINS

Partir des situations de soins

Si soigner est accompagner les passages difficiles de la vie... stimuler, développer des capacités... maintenir, entretenir, compenser ce qui ne va pas..., ceci suppose de se demander ce qui est à accompagner, c'est-à-dire de *situer ce qui rend les soins nécessaires*. C'est dire que tout savoir part des situations, tout en puisant à des sources de connaissances venant éclairer les constatations faites à partir des situations.

Discerner les préoccupations..., les difficultés rencontrées par les personnes requérant des soins

À chaque fois qu'il n'y a pas maladie, comme c'est le cas durant la grossesse, les suites d'une naissance, à l'occasion du travail des enfants à l'école, ou celui des adultes... les gens évoquent ce qui les préoccupe... ce qui les soucie. Partir des **préoccupations** des gens, de leurs **inquiétudes**, de leurs **soucis**, de l'expression de leurs désirs, de leurs attentes, donne la possibilité de saisir ce qu'ils indiquent comme prioritaire, comme leur tenant à cœur.

Si l'on est préparé autrement qu'à des interrogatoires ou à des « recueils de données », si l'on apprend à aller vers l'inconnu de l'autre, les gens nous donnent la clef de ce qui pour eux est chargé de signification, de ce qui donne le sens, c'est-à-dire à la fois le *signifié*, et de là l'*orientation* de ce qui est à **chercher avec eux** pour franchir telle ou telle difficulté. Cela part presque toujours de choses apparemment banales, et qui semblent évidentes au point qu'on n'y fait pas attention. Que ce soit un souci autour de l'allaitement, autour de la nature des pleurs d'un enfant, d'un sommeil difficile... cela demande d'apprendre à découvrir la façon dont la mère le voit, se le représente... découvrir ce qu'elle sent, ce qu'elle sait déjà sans savoir le formuler, sans oser le dire, sans pouvoir en parler. Ceci suppose de se démettre des conseils, des réassurances de routine, des informations stéréotypées, des indications hâtives..., de se démettre de tout questionnaire ou grille qui pose à l'avance ce qui est à résoudre et qui devance comment le résoudre.

« Lorsqu'il y a maladie, toute exploration de situations de soins s'éclaire à partir des **manifestations des atteintes** ou **diminution** de telle ou telle fonction. Il s'agit d'élucider avec précision les manifestations de dysfonctionnement entraînées par la maladie, et/ou l'âge. Si la fonction médicale a pour but de cerner la maladie, la **finalité de la fonction infirmière est de clarifier les manifestations de dysfonctionnement** afin de comprendre quels en sont les effets à compenser par les soins, et à juguler par les traitements.

J'en prendrai pour exemple un domaine qui oblige aujourd'hui à de nombreux questionnements si l'on prétend soigner. Ce domaine est le domaine « fourre-tout » de l'*incontinence urinaire* qui connaît trop souvent les solutions radicales de la sonde à demeure (posée presque systématiquement à l'hôpital), ou des « couches » utilisées de façon inconsidérée, et la plupart du temps, sans nuance, sans pondération, beaucoup trop prématurément. Seule l'exploration des signes, des manifestations de ce qui est rapidement et à la légère taxée « d'incontinence urinaire », tant par les infirmières de soins à domicile que par les infirmières hospitalières, peut être indicatrice de la façon dont se pose le problème pour telle ou telle personne. Quand on voit que, sauf de rares exceptions, l'on ose taxer « d'incontinence urinaire » la moindre perte urinaire, la moindre fuite, sans avoir pris la peine de chercher avec la personne à quel moment, et dans quelle circonstance cela arrive, on est non seulement loin de savoirs à mobiliser pour discerner ce qui relève de l'incontinence ou pas, mais on se trouve devant une incurie de savoirs, avec toute la gravité des conséquences que cela entraîne.

Les infirmières, de par leur fonction, sont les plus concernées par l'incontinence urinaire. Elles pourraient être à même de faire avancer le savoir des soins sur cet handicap majeur. Cela requerrait de s'interroger sur :

- le moment, la fréquence, le rythme durant la nuit (et le confronter au rythme du sommeil profond et paradoxal, compte tenu des habitudes de dormir de la personne), le rythme durant la journée ;

- l'importance des pertes : en début, en fin de miction..., ou durant toute la miction (miction totalement incontrôlée) ;

- les difficultés motrices que peut rencontrer la personne suivant qu'elle s'assoit facilement ou pas, qu'elle se relève facilement ou difficilement ;

- les difficultés liées à l'environnement, l'éloignement... le mauvais éclairage des toilettes, la peur de tomber, etc.

Seule une explicitation des manifestations donne des pistes de ce qu'il faut comprendre pour savoir ce qui est à compenser ou à stimuler, en sachant que tout ceci n'est pas en soi significatif si ce n'est pas en **même temps** relié au fait d'être homme ou femme, ayant tel âge. C'est au carrefour de cet ensemble que se trouvent les pistes de résolution de problèmes qui sont elles-mêmes à la base de pistes de savoirs.

D'autres exemples sont tout aussi probants, comme « les troubles du langage » chez le « petit enfant », « les troubles de la mémoire » chez les personnes âgées. La non-explicitation des manifestations en lien avec à qui et dans quelles circonstances cela arrive amène à des catégorisations abusives, entraînant des solutions stéréotypées dont les conséquences socio-économiques sont beaucoup plus graves qu'on ne saurait le soupçonner.

COMMENT FAVORISER L'ÉLABORATION ET LE DÉVELOPPEMENT DE SAVOIRS À PARTIR DES SOINS

Les soins demeurent et peuvent rester une des plus grandes sources de savoirs du patrimoine de l'humanité, d'une part s'il n'y a plus dépossession par les professionnels de la santé des savoirs domestiques, des savoirs des usagers, d'autre part si ces mêmes professionnels de la santé — dont les infirmières et infirmiers — sortent des sentiers battus de méthodologies par trop rigides — indûment appelées « scientifiques » — ou de l'arbitraire induisant routine et laxisme. Comme celui qui part en montagne ou en mer, il est indispensable d'apprendre à se servir de repères sans les ériger en normes, mais en sachant saisir la variété de leurs manifestations.

Sans pouvoir reprendre ici différents aspects que j'ai constamment développés dans mes écrits, je ne ferai qu'en rappeler les principaux points¹⁹. **Tout savoir part des réalités de la vie** ; aussi, élaborer des savoirs significatifs et utilisables pour soigner n'est pas sans exigence. Cela demande de :

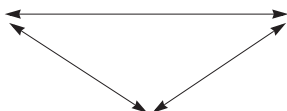
— Se rendre proche des gens, au sens de partir de leurs mots, de leurs expressions, de chercher à comprendre ce qu'ils veulent nous communiquer, ce qu'ils veulent eux-mêmes chercher à comprendre, ce qu'ils savent déjà, et ce qu'ils veulent connaître.

— Partir des représentations des gens, en faciliter l'expression pour prendre du recul par rapport à notre expérience, nous distancer de nos *a priori*. En partant de ce que l'on a vu, ce que l'on a entendu — tant du langage verbal que de tout ce qu'expriment le regard, les gestes, la

posture, les silences..., en se demandant ce qu'ils cherchent à communiquer, il devient possible d'appréhender ce qui est à accompagner..., à compenser... C'est l'expression des représentations qui permet d'imaginer, c'est-à-dire de faire image²⁰, et par là :

— Dégager les liens de signification entre plusieurs aspects : comprendre ce qui relie pour faire émerger le sens. Découvrir comment se relie

à qui cela arrive
en tant qu'homme
ou femme
de tel âge



ce qui est arrivé
(maladie, handicap)
avec les manifestations
des déficiences

dans quel environnement cela arrive :
entourage social, habitat

Ce qui veut dire de conscientiser **l'aspect phénoménologique** d'une situation, c'est-à-dire **l'interaction** existant entre plusieurs aspects-clés.

— Confronter les constatations à des *sources de connaissances appropriées et diversifiées*, non à des concepts comme « l'autonomie, la dépendance, le deuil », vidés de tout sens. Il est indispensable d'élargir l'éventail de connaissances venant éclairer les situations, et de puiser dans tout ce qui se rapporte aux caractéristiques des êtres vivants, à savoir des systèmes vivants, et par là des grands phénomènes de vie et de mort en appréhendant leur intrication. Ainsi en est-il des notions et connaissances fondamentales concernant :

l'énergie ;

l'espace (le territoire, la proxémie..., la marge...) ;

le temps (la durée, la fréquence, le rythme, l'horizon temporel, l'intensité) ;

le stress (afin de ne pas constamment confondre « agent stressé » et « stress », et de ne plus méconnaître les *différents stades du stress*, les *seuils*...) ;

l'image du corps et le *schéma corporel* ;

les émotions, les sentiments à partir des sens..., et leur résonnance affective ;

les *passages de la vie* et les *rites de passage* ;

les *mécanismes de défense*... *mécanismes vitaux* ; etc., etc.

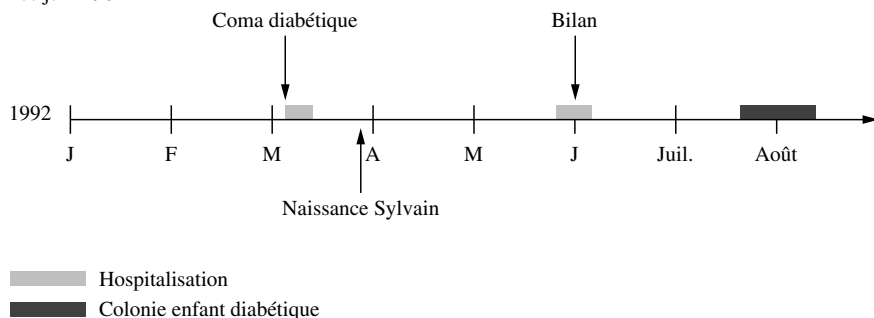
mais aussi apprendre à s'en servir en apprenant de l'infinie variété des nuances de la vie.

Il ne s'agit pas seulement d'avoir différents cours sur ces notions mais d'apprendre à s'en servir dans les situations, sans leur imposer un réductionnisme sauvage, mais en utilisant leur pluralité et leurs nuances.

— Apprendre à interroger, à *questionner la technologie*, c'est-à-dire dépasser de beaucoup le geste technique, mais comprendre ce que l'utilisation de tel ou tel outil compense ou inhibe, en discernant les limites de son utilisation. Ceci est aussi vrai pour les aides techniques (tout ce qui aide à compenser des difficultés de geste : couverts, objets aidant à la toilette, à s'habiller, etc.), mais c'est encore davantage à prendre en considération pour les outils de réparation... de traitement... (seringues... sondes à demeure... médicaments pour le sommeil... indûment utilisés).

Tout ceci demande de s'aider de supports de visualisation, c'est-à-dire de supports qui permettent une lecture rapprochant plusieurs aspects à relier. Ceci veut dire d'apprendre à construire et à utiliser des outils de visualisation simples, remplacés en fonction des situations, ainsi cet outil de représentation d'événements marquant des repères dans le temps. Il bénéficie d'une double entrée indiquant ce qui se passe concomitamment.

Carole (8 ans)
née juin 1984



Les dossiers de soins pourraient être constitués d'outils de lecture des situations beaucoup plus simples, et beaucoup plus utilisables. Comme les gens de métier, il nous appartient de construire des outils flexibles et adaptés à notre travail. Le propre d'un outil est d'abord d'être facilement utilisable et adaptable à partir de bases fondamentales de savoir.

Tout ceci exige d'avoir des groupes d'expression, des temps de parole, bien au-delà d'une passation de tâches, des groupes de réflexion où l'on s'oblige à nommer, décrire, expliciter, construire le savoir des soins, et à en garder des traces afin de constituer un patrimoine, déjà au sein des services, puis au-delà. Cela requiert de dépasser le langage tronqué, par sigle, informatisé, de se sortir du prêt à penser, d'une pensée séquentielle par à-coups, fragmentée... On opposera à cela les conditions de travail, c'est

bien sûr réel, mais il est impératif d'arriver à briser le cercle où nous avons été enfermés, car nous avons hérité des conditions du champ clos dans lequel ont été mis les savoirs des soins. Nos conditions de travail sont à l'image de ce que nous maîtrisons ou ne maîtrisons pas.

DIFFUSER LES SAVOIRS DES SOINS

La première diffusion demeure la voie orale : le support privilégié d'une pratique demeurant les gestes et la parole. En ce sens, les médias audiovisuels seront sans doute dans un avenir proche un moyen plus approprié que les écrits, l'écriture tronquant toute une partie de la réalité. Toutefois, les écrits demeurent le moyen de dégager des connaissances plus élaborées à partir des savoirs et ouvrent des voies à la recherche.

Tous ces moyens resteront sans écho s'ils n'intéressent pas le public, s'ils ne permettent pas aux gens de se réapproprier des savoirs s'ils ne passent pas par des réseaux communautaires.

Pour terminer, je voudrais évoquer la place des infirmières et infirmiers enseignants par rapport au savoir. Je rejoins Hildegard Peplau et Virginia Henderson qui disent que leur fonction n'est pas tant d'enseigner que de permettre d'apprendre, de permettre de découvrir et de faire émerger des savoirs, à partir de ce que l'on sent, ce que l'on perçoit. Pour cela il est indispensable de partir non des cours, et des théories mais du champ de l'exercice professionnel, de continuer à le connaître, et de participer à son enrichissement, avec, et à partir du travail des praticiens en l'alimentant d'un large éventail de connaissances.

Un maître n'est pas quelqu'un qui enseigne.

Un maître est quelqu'un qui ouvre la pensée.

Proverbe arabe

Notes

1. Je ne reprendrai ici que quelques aspects que j'ai développés dans : « Fondements culturels de la pratique soignante » (inclus dans cet ouvrage). Il n'est pas possible de développer ici comment le renforcement des savoirs engendrent des *habitudes de vie, des croyances, des valeurs*.

2. F. Laplantine, *Les Cinquante mots-clés de l'anthropologie*, Paris, Privat, 1974, p. 164-169 et 127-132.

3. A. Leroi-Gourhan, *Le Geste et la parole*, Paris, Albin Michel, 1964, t. 1, p. 261-300, t. 2, p. 207-256.
4. Au siècle de Périclès (443-429), « Zénon plante à Athènes la doctrine monothéiste de l'école d'Elée : "Il n'y a qu'un seul Dieu... Sans peine, par la seule force de son esprit, il met en mouvement toutes choses" » tandis qu'"Anaxagore enseignait que l'Intelligence pure a tiré le monde du chaos initial" » (André Bonnard, *Civilisation grecque*, Bruxelles, Ed. Complexe, t. 1, p. 211).
5. « D'où provient donc la guerre ? d'où naissent les révolutions ? Sinon du corps et de ses passions ». *Le corps « nous rend incapable de discerner la vérité ! Il nous est donc absolument démontré que si nous voulons savoir quelque chose il faut que nous nous séparions du corps... »* Platon, dialogue sur l'immortalité de l'âme, dans Phédon.
6. Le récent ouvrage de Sara F. Matthiew-Grieco, *Ange ou diablesse*, témoigne de la représentation de la femme au seizième siècle. Réalisé à partir de l'analyse iconographique des estampes et emblèmes de l'époque, cet ouvrage nous donne une illustration remarquable de cet état d'esprit.
7. Il est impossible de développer ici les phrases successives de cette acculturation, particulièrement par rapport aux savoirs des femmes. Cf. pour cela les articles cités, et les bibliographies qui leur sont attachées : M.-F. Collière, « La Créativité, un défi aux cours de l'histoire de la profession infirmière » (inclus dans cet ouvrage) ; Une histoire usurpée... L'histoire des femmes soignantes », Cahier n° 10 de l'AMIEC : *Pour une histoire des soins et des professions soignantes* (cf. la bibliographie de ce Cahier) ; « Origine et évolution des pratiques de soins. Leur influence sur les soins infirmiers », in *L'Univers de la profession infirmière*, Paris, Presses de Lutèce, p. 15-54.
8. Fanny Fay-Sallois, *Les Nourrices à Paris au XIX^e siècle*, Paris, Payot, 1980.
9. Voir à ce sujet J. Gélis, *La Sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988. Cf. également les nombreux articles de cet auteur se rapportant à ce thème et la bibliographie et articles du cahier n° 10 de l'AMIEC.
10. F.E. Fodéré, *Manuel des gardes-malades, des gardes des femmes en couches, sages-femmes, bonnes d'enfant et des mères de famille en général*, Paris, F.G. Levrault, 1827.
11. Cécile Arnold, *Le Corps et l'âme. La vie des religieuses au XIX^e siècle*, Paris, Seuil, 1984, p. 101.
12. Anne-Marie Prévost, in Cahier de l'AMIEC n° 10, *op. cit.*, p. 67.
13. *Ibid.*, p. 79.
14. Mgr Touchet, *Aux infirmières de France. Quelques pensées*, Paris, P. Lethielloux, 1916, p. 164.
15. Dr Sebileau, *Écoles des Infirmières de l'Assistance Publique*, (brochure), p. 46.
16. Que ce soient les travaux de psychologie de l'enfance de E. Claparède, d'A. Gesell, de J. Piaget, d'H. Pieron, d'H. Wallon, ou les travaux de A. Maslow sur les besoins fondamentaux, ou de C. Rogers autour du développement de la personnalité, puis les travaux de Skinner, ils ont tous contribué, avec la pédagogie, à entrevoir la nécessité d'introduire des connaissances en sciences humaines dans la formation des infirmières. Toutefois, ces connaissances étaient prodiguées avec la même méthode pédagogique utilisée par les manuels. Elles ont d'ailleurs été vulgarisées sous la forme de manuels ou distillées dans des collections pour infirmières.
17. F. Nightingale, *Notes on nursing : What it is and what it is not*, London, The Camelot Press, 1859 (réédition de 1952). Dans sa préface, Florence Nightingale dit expressément ceci : « The following notes are by no means intended as a rule of thought by which nurses can teach themselves to nurse, still less as manual to teach nurses to nurse. They are meant

simply to give hints for thought to women who have personal charge of the health of others ».

18. Il ne sera pas révoqué ici le nom d'infirmières connues aux États-Unis, en Angleterre, en Belgique, en France et dans différents pays pour avoir suggéré des façons d'aborder les soins. S'il fallait le faire, il faudrait le faire en élargissant de beaucoup l'éventail des quelques noms qui ont été sélectionnés au hasard des circonstances, et surtout sans avoir eu le souci de les replacer dans le contexte de leur époque, et de restituer la façon dont elles s'y sont pris, et ce qui a motivé leurs recours à telle ou telle connaissance. De plus, ces infirmières ne représentent que celles qui par leurs écrits ont pu communiquer comment elles ont cherché à aborder certains aspects des soins, tandis que dans les lieux de l'exercice professionnel la tradition orale n'est plus porteuse de savoirs de façon durable ; aussi des savoirs empiriques extrêmement valables sont perdus. À cela s'ajoute le fait que la recommandation d'appliquer des théories pré-sélectionnées empêche ou limite le développement des capacités à théoriser. Toute infirmière et infirmier est virtuellement capable de théoriser s'il trouve la possibilité d'apprendre en confrontant ses constatations à des sources de connaissances non prédéterminées, mais qu'il s'agit de discerner en fonction de ce qui se présente dans les situations de soins.

19. Outre mon livre *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, vous pouvez consulter : « Vers un exercice infirmier reconnu » ; « Soigner à domicile aujourd'hui... Un défi à relever » ; « De l'utilisation de l'anthropologie pour aborder les situations de soins » (trois articles inclus dans cet ouvrage). Voir aussi Michèle Pohier, *Notre santé une école de vie. Expérience de santé communautaire*. Lyon, Chronique Sociale, 1992. Ce livre est une illustration de la façon dont peuvent se construire des savoirs à partir des préoccupations des usagers des soins.

20. Ceci est tout à fait inverse que de poser en premier des concepts. Le concept est une idée généralisable qui est la plus éloignée de la réalité. C'est la phase finale de la construction de la pensée en étant le niveau le plus abstrait. Le concept est un aboutissement, non un départ. De plus, dans notre profession nous utilisons très souvent *concept* à la place de *conception*.

De l'utilisation de l'anthropologie pour aborder les situations de soins*

Traduire en écriture les différents aspects que représente l'approche des soins est toujours difficile, car l'écrit est dépourvu d'un ensemble de moyens qu'offre la communication lors de l'échange qui se tisse au cours des situations de soins : expressions du visage, regards, modulations de la voix, gestes, posture... sont là pour donner vie à la parole. Aussi ne faut-il pas s'étonner qu'il soit complexe et malaisé pour les soignants de traduire ce que révèlent les situations de soins qui sont au carrefour d'émotions, de sentiments (exprimés ou non), de représentations, de croyances, d'expériences de vie, tout autant que de connaissances techniques, même si celles-ci semblent prédominer.

L'écriture arrête et fige surtout lorsqu'il s'agit d'évoquer une pratique. Il demeurera toujours un fossé entre l'art de pratiquer et la transposition écrite de cet art. C'est comme si l'on demandait à un sculpteur d'écrire sa sculpture... il ne peut écrire que sur La sculpture. Parmi les pratiques, celle de soigner est à proprement parler un art, art qui remonte à des millénaires. Si l'écriture a pu être dépositaire de nombreuses façons de faire dans la pratique de cet art, si elle a pu favoriser l'explosion de nouvelles connaissances dans le domaine thérapeutique, elle a aussi pu être à l'origine de l'appauvrissement et de la perte de savoirs empiriques irremplaçables. Écrire sur l'utilisation de l'anthropologie pour aborder

* Ce texte a été publié à la suite du Colloque « Anthropologie, soins infirmiers et travail social », organisé par Jean-Pierre Castelain, anthropologue, et Marie-Claude Neil, infirmière de psychiatrie, ayant eu lieu au Havre les 21 et 22 avril 1989. Réunissant des anthropologues de France et de l'étranger, et des travailleurs sanitaires et sociaux, ce colloque faisait suite aux journées d'anthropologie organisées en 1985 à Trieste par Roberto Lionetti, anthropologue.

les situations de soins est un défi. C'est s'exposer à démasquer ce qui apparaît habituellement comme évidence ou lieu commun en rendant visible ce qui passe inaperçu parce « qu'allant de soi ». C'est débusquer ce qui échappe à l'entendement d'un professionnalisme dont la rationalité par trop rigide évacue la gamme infinie de nuances apportées par tout ce qui marque les êtres vivants d'empreintes culturelles dont l'effacement ou la non-prise en compte est au détriment de l'art de soigner. De même que pratiquer l'art de soigner est d'une autre nature que d'écrire sur cet art, de même utiliser l'anthropologie pour retrouver les racines de l'art de soigner dépasse les frontières de l'écriture. C'est dire que la rédaction de ce texte est loin de refléter la dynamique de cette approche, et encore moins de faire apparaître la restauration des savoirs qu'elle suscite.

Il devrait paraître curieux, voire insolite de parler d'une approche anthropologique des soins. Comme si soigner des enfants, des hommes et des femmes pouvait ne pas être anthropologique. Pourtant, il apparaît que « soigner », au sens où ce mot est utilisé aujourd'hui par le langage médical, se fait en tenant de plus en plus à distance la personne que l'on soigne, en la désinsérant de son milieu socio-culturel au point d'ignorer sa réalité *d'homme social*.

Dire qu'avec la médicalisation, la rationalisation scientifique, les « soins » ont perdu leur contenu, leur support anthropologique, est se retrancher derrière un constat facile. Seule, une **lecture d'ethno-histoire**, faite en prenant en considération la longue durée, en appréhendant la façon dont certains facteurs déterminants ont influencé conceptions et approches des soins dans des milieux donnés peut rendre compte du **vide anthropologique** qui s'est créé pour aborder les soins aujourd'hui. Sans pouvoir aborder ici l'évocation de l'ensemble de ces facteurs — pas même les plus influents —, il me semble nécessaire de saisir le chevauchement des conceptions qui ont influencé l'approche des soins dans la société occidentale et ceci au cours de périodes de durée très différente afin de situer dans quel contexte se situe aujourd'hui une approche anthropologique des soins.

COURANTS D'INFLUENCE DOMINANTE SUR L'ORIENTATION ET LA FINALITÉ DONNÉES AUX SOINS DANS LA SOCIÉTÉ OCCIDENTALE

Trois courants anthropologiques dominants ont influencé de façon prépondérante la finalité et l'approche des soins courants que l'on peut caractériser comme suit :

— **L'anthropologie du corps.** Ce courant privilégie le corps comme étant indissociable de l'esprit dont il est le temple, le mode d'expression. Le corps-esprit n'existe que relié à l'univers dans lequel il est inséré. Ce courant est celui que connaissent encore à l'heure actuelle toutes les sociétés de tradition orale. La finalité des soins y est de stimuler, développer, entretenir les facultés de vivre à partir d'une grande variété de pratiques : *pratiques du corps, pratiques alimentaires*, nées de fines observations, chargées de symboles donnant lieu à la constitution de savoirs d'expérience, savoirs mobiles et adaptables en fonction de la variété des situations. La valeur accordée à l'esprit par les gens maîtrisant l'écriture (prêtres, clercs et philosophes...) amènera la pensée grecque, développée par Platon et Aristote, et celle des religions judéo-chrétiennes, à prôner la suprématie de l'esprit sur le corps, au point de tenir le corps pour servile et vil jusqu'à le percevoir comme infâme, méprisable et pervers lors de l'hégémonie du christianisme¹.

— **L'anthropologie du salut** (de l'âme) et de la mort s'affirme dès la fin du Moyen Âge. « Poussés à leur paroxysme, la haine du corps et du monde, l'évidence du péché et le sentiment aigu de la fuite du temps sont proposés à une civilisation tout entière »². Les soins spirituels visant à assurer le salut de l'âme et à préparer le pécheur à la bonne mort se substituent aux soins au corps. L'image des vierges consacrées, au service des pauvres malades, triomphe de celle des femmes soignantes qu'étaient les « vieilles femmes », matrones et guérisseuses qui, avec les devins et les guérisseurs, seront brûlées comme sorcières sur les bûchers de l'Inquisition. Aux médecines profanes issues des cultes païens s'impose l'idéologie des écoles de médecine empreinte de la doctrine chrétienne du *contemptus mundi* : mépris de la vie, corruption du corps. Dans ce sillage, les soins au corps sont relégués au personnel « subalterne » ; mais ils demeurent un alibi pour prodiguer les soins spirituels, le conseil et l'exhortation. Les sens étant condamnés comme « portes de l'enfer », la parole, indiquant la voie du salut de l'âme, se substitue aux soins véhiculés par les mains qui massaient, apaisaient et stimulaient. Autre aspect, la

souffrance devient un moyen de rédemption pour le salut de l'âme jusqu'à devenir un mal nécessaire et obligé. Pénétrées de ce dualisme du corps et de l'esprit et de ses idéaux, se distançant de la clinique pour se retrancher derrière les arguties de traités didactiques, les conceptions de la médecine académique préparent celles de la médecine scientifique.

— Plongeant ses racines dans ce passé, **l'anthropologie de la maladie**³ émerge dès la fin du dix-neuvième siècle pour trouver son apogée en cette fin du vingtième siècle. La personne du malade s'estompe devant la maladie dont elle est porteuse : maladie qu'il faut endiguer, éradiquer, exclure en soi. Prenant le corps comme objet d'étude, *la médecine ignore le vécu du corps*, « corps dont ni la souffrance, ni la mort ne seront prises en compte, encore moins la jouissance, mais seulement la pure corporalité »⁴. L'organe malade devient objet d'investigation et de traitements, insidieusement dénommés « soins ».

Il serait simpliste de penser que la lente apparition de nouveaux courants appréhendant différemment les liens entre le corps et l'esprit, ou réduisant le corps du malade à sa corporalité, ait occasionné l'annihilation totale des conceptions antérieures. De fait, il y a chevauchement mais aussi interpénétration de ces courants dominants, ce qui rend fort complexe l'exploration de leurs répercussions dans l'immense domaine des soins, répercussions infiniment variées dans leurs formes et manifestations, ainsi que la façon dont elles ont marqué l'histoire des mentalités. Aussi importe-t-il de souligner la nécessité d'une lecture d'ethno-histoire tenant compte à la fois du temps diachronique et synchronique en relation avec différents lieux pour permettre aux soignants de retrouver aujourd'hui une approche anthropologique des soins.

MUTATIONS AYANT INFLÉCHI LE SENS ORIGINEL DES SOINS — CONSÉQUENCES SUR LES INTERFÉRENCES CULTURELLES ENTRE PERSONNES SOIGNÉES ET SOIGNANTES

C'est seulement à l'aide de cette lecture qu'il est possible de saisir les mutations ayant infléchi le sens habituellement donné aux soins dont l'expression « prendre soin de... » est la manifestation courante. Que ce soit vis-à-vis des plantes, des animaux et, *a fortiori*, des enfants nouveau-nés, la connotation fondamentale véhiculée par l'expression « prendre soin de... » n'est aucunement centrée sur un mal, mais vise à maintenir,

développer, éveiller tout ce qui permet aux êtres vivants de continuer à vivre en s'insérant dans leur milieu, dès la naissance jusqu'à la mort.

Depuis la médicalisation des soins et l'instauration du professionnalisme infirmier, le glissement erroné de la dénomination *soins* pour évoquer les *traitements* fait illusion quant à la finalité et aux conséquences de la substitution aveugle des *traitements* aux *soins*. Or, jamais les traitements ne pourront remplacer les soins ; en revanche, la carence ou l'insuffisance de soins entraîne la multiplication des traitements. Percevoir la confusion entretenue entre « *soigner* » et « *traiter* » et discerner la différence de leur finalité, de leurs moyens et de leurs effets biologiques, culturels, sociologiques et économiques est indispensable aux soignants pour resituer les soins, comme les traitements, dans leurs dimensions anthropologiques.

Les conceptions des « soins » issues des courants développés par **l'anthropologie du salut et de la mort et par l'anthropologie de la maladie** ont placé les infirmières dans la situation d'aborder toute personne qu'elles sont amenées à soigner comme des *malades*, même si ces personnes ne le sont aucunement : ce qui est le cas des femmes enceintes — toujours perçues comme « grossesses à risque » en puissance —, des nourrissons, des enfants scolarisés... ainsi que de personnes âgées encore valides mais dont les capacités diminuent. Quant aux malades, placés inexorablement dans le schéma catégoriel de la maladie dont ils souffrent ou de l'organe atteint, ils sont identifiés comme maladie, tels « le diabétique », « le cancer du poumon », « les strabismes » (en parlant d'enfants ayant un strabisme — *sic*), etc.

Ceci est connu, voire souvent déploré, mais il ne suffit pas de le savoir. Il s'agit de le prendre en considération comme un fait anthropologique concernant les soignants, au même titre qu'il s'agit de prendre en considération les habitudes de vie et les croyances des personnes qui requièrent des soins. L'utilisation d'une approche anthropologique pour redonner aux soins leurs dimensions socio-culturelles aura donc autant à tenir compte du contexte culturel des personnes soignées que de la culture professionnelle véhiculée au sein des institutions sanitaires, tant celle du corps professionnel infirmier que celle du corps médical ; chaque corps professionnel constituant en soi un milieu culturel au même titre que le serait une ethnie.

Comme on le verra, l'utilisation de la méthode anthropologique pour aborder les situations de soins permet de conscientiser les divergences, voire les oppositions culturelles existant entre les usagers des soins et le personnel soignant. La compréhension de ces contradictions culturelles

permet d'apprendre à se servir des interférences culturelles plutôt que de les nier ou d'imposer aux personnes soignées les certitudes « scientifiques » des personnels médicaux et infirmiers.

UTILISATION DE L'ANTHROPOLOGIE ET DE SA MÉTHODE POUR ABORDER ET ÉCLAIRER LES SITUATIONS DE SOINS

L'utilisation de l'approche anthropologique dans les situations de soins est comparable à celle utilisée par les anthropologues qui vont sur le terrain pour connaître et comprendre les façons de vivre des gens. Les infirmières de soins à domicile se trouvent dans une situation assez proche, en ce sens qu'elles pénètrent sur le territoire d'un secteur, d'un quartier, d'une famille et sont obligées d'aller vers un certain inconnu. La situation est en ce sens plus difficile pour les infirmières hospitalières qui accueillent les malades dans le milieu institutionnel auquel elles appartiennent, tandis que ceux-ci se trouvent désinsérés du milieu qu'ils quittent et n'ont aucun repère dans celui qui les reçoit. Toutefois, chaque malade arrive avec ce qui lui est propre quant à ses habitudes, ses croyances, sa façon d'appréhender la maladie. Tout ceci est une *inconnue* pour le soignant.

Toute situation de soins est en soi une situation anthropologique dont les hommes et les femmes sont l'épicentre inséré dans leur réseau d'habitudes de vie, de croyances, de ressources affectives, financières, sociales, de façon de réagir. Or, que ce soient les infirmières allant à domicile dont la formation n'a été qu'hospitalière, ou les infirmières soignant à l'hôpital, les infirmières n'ont pas été préparées à élucider ce qu'elles découvrent des gens et de la maladie dont ils souffrent **en partant d'eux**. Ceci en dépit d'une sublimation idéologique de LA PERSONNE, c'est-à-dire le plus souvent : personne, tant la personne soignée est *objétisée* et désinsérée des liens de signification symbolique marquant son existence, à commencer par les liens majeurs que sont l'appartenance sexuelle et l'âge.

SE RENDRE PROCHE

À l'encontre de tous les systèmes d'application théorique appris au cours des formations professionnelles, l'approche anthropologique consiste à se

rendre proche des gens en laissant venir à soi ce que l'on peut saisir, ce que l'on peut apprendre d'eux à partir de ce qu'ils révèlent d'eux-mêmes.

— Elle est une **rencontre** avec les personnes.

— Elle part d'elles, telles qu'elles sont, telles qu'elles s'expriment.

— Elle oblige à **se distancer de ce que l'on sait a priori**⁵. Il s'agit de saisir dans le désordre⁶ ce qui est l'ordre de l'autre. Il s'agit de capter ce à quoi la personne requérant des soins attache de l'importance. De fait, que ce soient les mères, les malades, les personnes âgées, chacun nous transmet très vite des mots-clés chargés de leur propre signification, mais nous n'avons pas appris à les saisir puisque nous les soumettons à nos interrogatoires systématiques qui jettent un voile sur ce qu'ils veulent nous communiquer.

— Elle va **au-devant de l'inconnu de la situation** pour découvrir et comprendre autour de quoi elle se structure.

— Elle nécessite de voir... d'écouter activement

- pour découvrir,

- pour comprendre,

- pour apprendre à se servir de ce que l'on a compris.

— **Elle fait de la personne soignée la première source de connaissance** (non pas idéologiquement mais concrètement), source à partir de laquelle se grefferont différents domaines de savoirs du personnel soignant, mais sans laquelle tout savoir est vide, toute action est vaine. Ceci requiert de *saisir les liens de signification*.

L'approche anthropologique a pour finalité de saisir comment se structure une situation socio-culturelle et d'en dégager les liens de signification. Ainsi une maladie, qu'elle soit le diabète, le cancer ou des rhumatismes n'a aucune signification par elle-même. D'ailleurs, elle ne peut exister en soi. Elle n'existe que par ce qu'elle produit comme effet sur les occupations, les activités, les attentes, les désirs de QUELQU'UN qui doit « faire avec » comme l'exprime si bien le dicton populaire. Ce sont ces **liens de signification** qui sont à décoder pour que les soins soient appropriés, c'est-à-dire tiennent compte à la fois des impératifs qui tissent la vie quotidienne et des modifications physiopathologiques causées par la maladie. Ceci transforme toute l'idéologie de la RELATION développée dans la profession infirmière, cette relation qui, telle qu'elle est habituellement enseignée, demeure toute imprégnée de moralisation. Ce qu'il nous faut redécouvrir, c'est *apprendre à lire* et à *conscientiser ce qui relie différents aspects d'une même situation de soins* pour en dégager ce qui est signifiant pour soigner, c'est-à-dire pour aider à vivre. Il ne s'agit pas de La Relation mais de METTRE en RELATION ce qui interfère pour

que quelqu'un puisse continuer à vivre, en lien avec ce que la maladie ou les déficiences liées à l'âge perturbent, tant dans sa vie quotidienne que physiologiquement.

AUTOUR DE QUOI SAISIR PRIORITAIREMENT LES LIENS DE SIGNIFICATION

En dépit de toute l'idéologisation de la « santé holistique », des « soins globaux » centrés sur La PERSONNE, la personne demeure le plus souvent une grande inconnue dans de nombreuses situations de soins, même si elle est apparemment « bien connue » d'une équipe ou du service. Il ne s'agit pas d'accuser la qualité des échanges sociaux entretenus par le personnel soignant avec les patients, échanges qui sont le plus fréquemment satisfaisants au titre des convenances sociales et « humaines », et ceci en dépit de très lourdes charges de travail et de la pénibilité d'un grand nombre de situations de soins. Il reste que, compte tenu de l'impact culturel de la médicalisation, c'est la MALADIE qui, à l'encontre de l'intention des soignants, oriente isolément et de façon prédominante le processus de soins au point de gommer les liens de signification fondamentaux avec *QUI la vit*.

Trois aspects fondamentaux sont à saisir d'emblée et à comprendre en **interrelation**, car c'est autour d'eux que tous les autres aspects se structurent et trouvent sens :

— **La maladie** est ce qui apparaît majeur dans la vision culturelle des infirmières — ne le nions pas —, car c'est ce qui occasionne pour elles la rencontre avec les patients⁷. Sans la maladie — ou ses prémices⁸ — cette rencontre n'aurait pas lieu. Qu'on le veuille ou non, elle a donc un impact majeur au point que c'est prioritairement à travers elle que les infirmières voient la personne, même si en soi la maladie est dépourvue de toute signification puisqu'elle ne peut exister isolément. Aussi il n'est pas forcément simple de faire émerger de façon significative les deux autres aspects *culturels* qui donnent prioritairement signification à l'ensemble de la situation : le sexe et l'âge des personnes que l'on soigne.

— **Le sexe et l'âge** sont les *marques culturelles* les plus fondamentales inhérentes à toute personne. Elles induisent un réseau d'effets secondaires vis-à-vis de tout ce qui nous arrive. Or, que ce soit le sexe ou l'âge de la personne soignée, ces deux aspects demeurent implicites dans les situations de soins, c'est-à-dire qu'ils n'entraînent pas constamment des liens

de corrélation avec la maladie. Ils sont banalisés comme allant de soi, ou font isolément l'objet d'inventaires pour l'ensemble des personnes reçues dans un service : inventaires le plus souvent fragmentés par catégories isolées : nombre de personnes par sexe//puis, par âge//puis, par maladie.

Prendre en compte le sexe et l'âge de façon significative veut dire prendre conscience de : **à qui arrive telle maladie**, à savoir :

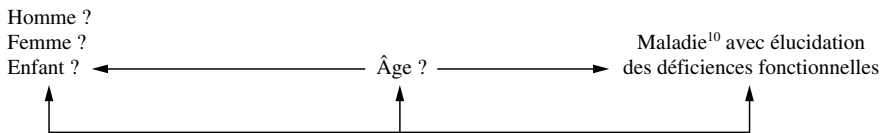
à un **homme** ?... à une **femme** ?

à un **petit garçon** ?... à une **petite fille** ?

qui ont quel **âge** ?

Qui dit âge ne dit pas simple énumération d'un chiffre correspondant à un âge donné. C'est opérer une **lecture dans le temps**, c'est-à-dire dans la **durée**, afin de comprendre à quelle période de la vie d'un homme, d'une femme, d'un enfant s'inscrit l'événement maladie⁹. **C'est aussi la lecture du rapport de la durée de la maladie inscrite dans l'ensemble de la durée de vie de quelqu'un** qui permet de mieux appréhender les acquisitions de capacités physiologiques et socio-affectives correspondant à tel ou tel âge, aussi bien que leur non-acquisition ou leurs pertes.

La lecture intégrée de ces trois aspects fondamentaux :



permet de faire apparaître avec précision la nature des différentes incidences de la maladie sur la vie quotidienne par rapport au fait d'être homme, femme ou enfant, et d'avoir tel âge. Inversement, elle permet d'élucider en quoi le fait d'être un homme, une femme ou un enfant influence les effets physiologiques, mécaniques, socio-affectifs de la maladie.

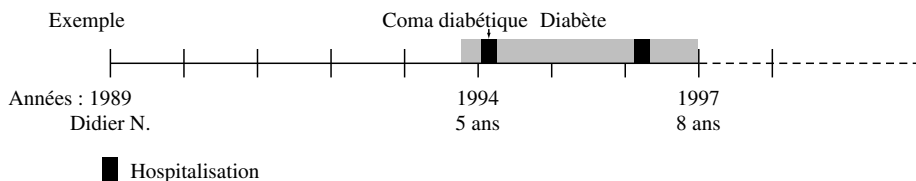
Si l'on prend l'exemple d'un enfant ayant un diabète, les incidences de son diabète sont tout à fait différentes selon que :

c'est un garçon ou une fille,

qui aurait 5, 8, 10, 12 ou 15 ans.

La lecture intégrée de la maladie — non seulement en insérant son apparition sur la trame de vie, mais en s'intéressant de façon significative aux différentes activités d'un garçon (ou d'une fille) les jours d'école, les jours où il n'y a pas école — fait comprendre la nature des occupations en lien avec les repas, la durée du sommeil ; toutes choses qui ont des incidences directes sur la nature des malaises hypoglycémiques, sur les glycosuries et les taux de glycémie. Ces taux ne peuvent trouver à

s'ajuster ni par la modification des doses d'insuline, ni par des rectificatifs alimentaires *considérés isolément, désinsérés de ce qui tisse la vie* d'un petit garçon ou d'une petite fille.



DÉCOUVRIR CE QUI INSÈRE ET RELIE LA PERSONNE À SON MILIEU

De même que les anthropologues nomment EGO une personne à partir de laquelle ils vont faire une lecture structurante des interrelations parentales, sociales, économiques qui se tissent autour d'elle, de même l'approche anthropologique des situations de soins amène à considérer la personne soignée comme l'EGO, en faisant **à partir d'elle** une lecture de ce qui l'entoure. C'est à partir d'elle (non pas comme une simple évocation) qu'il est significatif de saisir au sein de quel entourage elle se situe : **entourage familial, social** (liens de parenté, liens de voisinage) mais aussi **environnement** : habitat, quartier, milieu rural ou urbain.

C'est à partir des indications données par les trois premiers éléments (sexe ↔ âge ↔ maladie) qu'il peut être judicieux de connaître comment et en quoi tel ou tel aspect de l'entourage social ou de l'environnement interfère sur ce qui se joue entre la personne et sa maladie. C'est la lecture intégrée des trois premiers éléments qui oriente la nécessité ou non de connaître d'autres aspects signifiants concernant l'entourage¹¹.

DÉCODER LES SIGNIFIÉS DU LANGAGE COURANT ET PUISER À DIVERSES SOURCES DE CONNAISSANCES

La compréhension de ce qui interfère pour soigner quelqu'un ne se fait pas immédiatement, lors d'une simple rencontre ou d'un premier contact avec le patient. Avoir compris la dynamique qui se joue entre les aspects fondamentaux évoqués ci-dessus est le point de départ de tout ce qui sui-

vra, mais souvent les soignants sont démunis pour aller plus loin, car ils sont trahis par le fossé existant entre le langage « vernaculaire » des personnes soignées et le langage professionnel. Savoir partir du langage imagé des gens pour leur traduire des indications thérapeutiques est en marge de la linguistique de la culture professionnelle.

L'approche anthropologique se propose de découvrir ce qui **fait sens**, ce qui **donne sens** à ce que les gens expriment sous forme d'**attentes**, de **désirs** ou **non-désirs**, de **préoccupations** et de **difficultés**, liés à tel ou tel événement requérant des soins — comme une future naissance — ou à la maladie. Décrypter le sens requiert de faire **appel à plusieurs sources de connaissances** : la seule connaissance de la pathologie étant totalement insuffisante. En revanche, il s'agit d'éclairer ce que l'on découvre des déficiences fonctionnelles entraînées par la maladie, ce qui demande de percevoir avec précision le genre de déficiences entravant la vie quotidienne de la personne et de confronter ce que l'on découvre à des sources de connaissances physiologiques et biologiques, tout autant que psychosociales, connaissances qui viennent éclairer les manifestations pathologiques. Cette approche oblige à sortir de l'imprécision ou de l'approximation qu'amène inmanquablement l'ordonnancement des soins par séries de tâches.

L'approche anthropologique n'exclut le recours à aucune source de connaissances, qu'elles soient biologiques et technologiques ou économiques, sociologiques, juridiques et, *a fortiori*, d'ethno-histoire. Ces dernières éclairent les compréhensions de croyances, symboles et valeurs attachés à des pratiques de soins à une période et dans un milieu donné. Ainsi, il n'est pas possible d'inciter quelqu'un à respecter un régime, quelle que soit la maladie dont il souffre, si l'on n'a pas pris conscience que manger n'est pas un simple apport nutritif de différents aliments ayant une charge calorique donnée. Manger est un acte social qui se pratique autour de **repas** qui sont chargés de symboles affectifs et sociaux. Repas familiaux, repas de cantines scolaires, repas du monde du travail, repas hebdomadaires, repas de jours de fête... sont autant à prendre en considération pour comprendre ce que mange une personne, ses habitudes de vie, ses croyances afin de concilier son régime avec sa vie sociale, faute de quoi elle ne le suivra pas, ou se vivra comme en retrait de ce qui donne encore sens à sa vie.

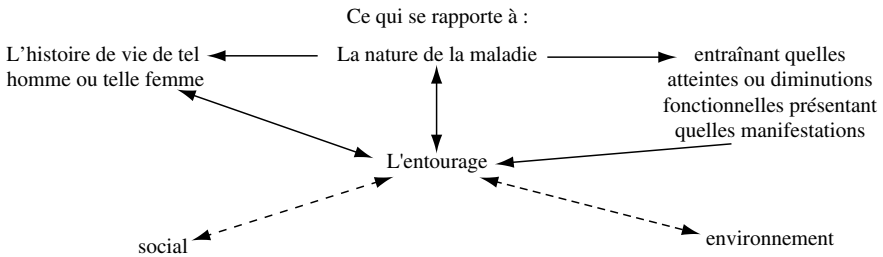
C'est le lieu de dire que le recours aux connaissances anthropologiques permet de retrouver la **dimension symbolique des soins**, dimension qui faisait partie intégrante des savoirs empiriques¹², mais qui fut exclue des manuels d'instruction rédigés par les médecins pour gardes-malades et

infirmières. Par exemple, la compréhension de la notion de deuil ou la notion de **passage**, accompagné ou non de **rites**, apporte aux situations de soins des clés de lecture irremplaçables : la vie étant jalonnée d'une succession de passages qui ont pu plus ou moins bien se passer, la maladie étant elle-même signe d'un passage.

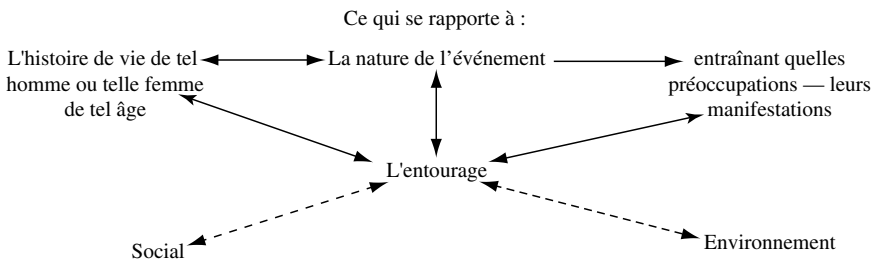
Il n'est possible ici que d'évoquer l'impérieuse nécessité d'avoir recours à des connaissances fondamentales indispensables pour soigner, connaissances auxquelles la formation infirmière ne donne pas accès. Ainsi sont les connaissances concernant *l'énergie*, les *systèmes vivants*, les diverses caractéristiques des dimensions du *temps* et de *l'espace*... pour ne citer que celles-ci...

FAIRE APPARAÎTRE LA DYNAMIQUE STRUCTURANTE DES SITUATIONS DE SOINS

Lorsque certains aspects fondamentaux commencent à se préciser, se pose la question de savoir saisir ce qui constitue la **dynamique structurante de toute situation de soins** afin d'élaborer un *projet de soins* qui ne s'adresse pas à une personne dissociée de l'événement ou de la maladie qui lui arrive, dont les répercussions s'inscrivent dans la vie quotidienne. La notion anthropologique de *modèle*, telle qu'elle a été proposée par Claude Lévi-Strauss dans son *Anthropologie structurale*¹³ prend ici tout son sens. *Le modèle en anthropologie n'est aucunement un cadre fermé, mais reste totalement flexible, permettant de faire apparaître comment se structure une situation autour d'axes, de pôles*, dont il faut saisir la dynamique et l'immense souplesse des interactions qui se jouent autour de ces pôles, comme ce fut le cas « *du cru, du cuit, et du pourri* » proposés par Claude Lévi-Strauss pour comprendre l'immense variété des pratiques alimentaires et des repas ainsi que les valeurs symboliques qui leur sont attachées dans différentes sociétés. *Pour les soins infirmiers, c'est saisir la dynamique des interrelations se jouant autour des pôles* que l'on retrouve dans toutes les situations de soins, à savoir : **ce qui est relié à l'histoire de vie**¹⁴ de la personne soignée ; **ce qui se rattache à la maladie**, au handicap ou à une diminution occasionnée par l'âge ainsi que les **atteintes** ou **perturbations fonctionnelles** qui leur sont liées, et ce qui est lié à **l'entourage**, entourage social et environnement.



Dans toutes les situations de soins autres que celles dues à la maladie, le deuxième pôle est L'ÉVÉNEMENT (modifiant une situation antérieure) et les PRÉOCCUPATIONS qu'il suscite : par exemple une future naissance → préoccupations qui se font jour en vue de cette future naissance. Comme pour la maladie et les déficiences qu'elle entraîne, le pôle de l'ÉVÉNEMENT → PRÉOCCUPATIONS ne saurait être considéré isolément : il ne peut être dissocié de la dynamique des pôles se rapportant à l'histoire de vie et de l'entourage autour desquels se tissent attentes... désirs... intérêts... réactions... etc.



C'est au carrefour de la dynamique qui se tisse entre ces trois pôles que se situe l'élucidation de toute situation de soins lorsque l'on sait en faire la lecture. Cette élucidation permet l'élaboration de projets de soins¹⁵ adaptés, flexibles et réajustables.

UTILISER DES MODES DE TRANSCRIPTION VISUELLE

« L'ethnométhodologie vise à démasquer les lieux communs et les évidences qui vont de soi en rendant visible l'arrière-plan de la vie quotidienne normalement vu mais non remarqué¹⁶. » Il s'agit d'arriver à se représenter ce qui se passe. Le langage imagé peut y aider en prenant des comparaisons,

en se référant à des images. Mais la seule évocation orale n'est pas suffisante, car beaucoup de ce qui est dit est perdu ou donne lieu à des représentations personnelles s'échafaudant à partir de l'expérience et de l'imagination de chaque soignant, ce qui suscite des interprétations sauvages. La transcription visuelle permet d'échapper à ce risque. Elle se situe entre l'expression verbale et l'écriture en ce sens qu'elle amène à poser sous forme de graphismes simples ce que l'on a appris afin d'en faire apparaître les liens significatifs pour en dégager les corrélations. La visualisation est le support d'une lecture intégrée reliant plusieurs éléments. Nombreux sont les anthropologues qui, en y ayant recours, ont créé des outils de visualisation. Certains de ces outils peuvent leur être empruntés tel l'outil de visualisation des *structures de la parenté* créé par Claude Lévi-Strauss. Ce moyen de représentation visuelle utilisé dans les situations de soins évite des énumérations vides de sens et fait apparaître d'emblée la dynamique d'un ensemble familial **à partir de la place qu'y tient la personne soignée**. Que ce soit le nombre d'enfants, la place d'un enfant dans la fratrie... et bien d'autres faits, la figuration permet de mettre en relation plusieurs faits et de *percevoir la signification propre à leur interrelation*.

D'autres outils de visualisation sont, non plus à emprunter à diverses disciplines, mais à créer par les infirmières et le personnel soignant pour élucider les liens de signification visant à éclairer les situations de soins. Certains de ces outils illustreront *des représentations du temps*, d'autres illustreront la *représentation de l'environnement*, tel un logement où il faut soigner un handicapé de la marche.

Pour que la visualisation réponde à son but, il faut que l'outil soit simple de lecture et d'utilisation facile pour les praticiens.

Les modes de transcription visuelle ne concernent pas que des personnes individuellement. Il est tout aussi possible de créer des outils qui font apparaître les différentes personnes d'un service ou d'un secteur en regroupant visuellement les éléments déterminant qui permettent de cerner les caractéristiques dominantes d'une population donnée en repérant des fréquences. Ainsi, pour étudier le genre de personnes soignées à domicile sur un secteur géographique déterminé, il est possible de créer un support visuel qui fasse corrélér l'appartenance sexuelle en lien avec l'âge et la nature des déficiences pour lesquelles elles sont soignées de façon à prendre en considération l'intrication de plusieurs aspects déterminants ainsi que la concentration ou la dispersion des fréquences de telle ou telle déficience fonctionnelle par rapport au sexe et à l'âge, mais aussi en relation avec l'isolement. Ces moyens visuels sont d'excellents outils pour développer une épidémiologie de terrain, pour faire des rapports circonstanciés aux organismes payeurs.

REPRÉSENTATION DE LA PARENTÉ

Le souci des anthropologues de comprendre les co-relations existant entre les individus du même lignage et leurs alliés par le mariage les a amenés à élaborer des systèmes de parenté.

S'inspirant de la linguistique ils ont, à partir d'un code de représentation, établi les éléments fondamentaux de la parenté qui, dans la diversité de leurs combinaisons, constituent des systèmes (ou formes d'organisation).

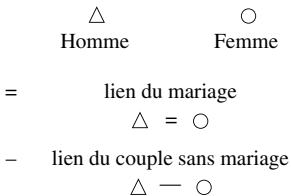
Ce mode de représentation leur a permis de saisir la dynamique des interrelations établies à l'intérieur et à l'extérieur de systèmes de parenté (endogame et exogame).

Ce mode de représentation visuelle de la parenté peut être utilisé dans d'autres domaines que celui de l'anthropologie. Les professions sanitaires et sociales qui ont constamment à resituer les personnes qu'elles sont amenées à rencontrer ou à soigner dans leur contexte familial et social peuvent bénéficier de l'utilisation de cet outil de travail. Il suffit de connaître la symbolique des signes et d'en respecter le code.

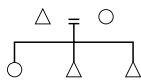
En voici les éléments structurants :

C'est autour des deux éléments clés :

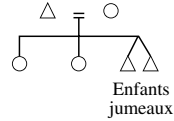
— le Δ triangle, symbole phallique,
— le $\bigcirc$ rond, symbole de la fécondité,
empruntés aux mythologies les plus anciennes de l'histoire de l'humanité que s'organise tout système de parenté.



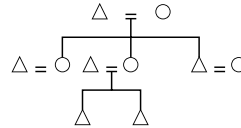
La descendance



Les enfants se placent de gauche à droite par ordre chronologique



Les alliés



Les conjoints des enfants se placent :

— à gauche pour les hommes

— à droite pour les femmes

Le divorce



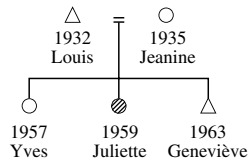
Ou rupture de vie de couple :



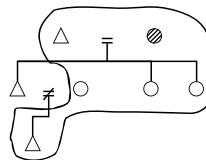
La mort



Pour bien situer chaque personne, on indique son prénom, sa date de naissance à son endroit. Pour reconnaître autour de quelle personne se situe la raison d'intervention ou de soins, on la hachure.



Pour mémoriser les personnes vivant au foyer, on peut les entourer.



Nota : Il est préférable d'utiliser le crayon papier tant qu'on ne maîtrise pas bien ce mode de représentation. *Référence :* Claude Lévi-Strauss, *Les Structures élémentaires de la parenté*, Paris-La Haye, Mouton, 1971.

CE QUE PERMET L'APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DES SITUATIONS DE SOINS

EXPLICITER LES FAITS EN INTERACTION POUR ENRACINER LE PROJET D'ACTION SOIGNANTE (PROJETS DE SOINS, MAIS AUSSI DE PRÉVENTION...)

L'utilisation de la méthode anthropologique, ainsi que les connaissances apportées par cette discipline, amène **à nommer, expliciter avec précision et exactitude** des aspects banaux de la vie quotidienne tout aussi bien que ce qui paraît aller de soi quant aux atteintes ou diminutions fonctionnelles entraînées par l'âge ou la maladie. Il s'agit par exemple d'expliciter ce qui fait qu'une personne marche difficilement et comment cela se traduit pour elle. On en arrive ainsi à pouvoir faire apparaître le SENS, c'est-à-dire à dégager ce qui est **significatif** pour **orienter** le projet de soins. C'est là ce que les gens appelaient autrefois « *le bon sens* », cette expression étant porteuse de la double signification :



C'est en effet la signification décodée qui est porteuse du projet de soins ou d'action sanitaire. Ainsi le projet s'enracine sur tout ce qui interagit dans la situation¹⁷.

ÉLABORER ET STRUCTURER DES SAVOIRS

L'approche anthropologique des soins est génératrice de savoirs : d'une part en stimulant l'observation active, elle suscite le questionnement, d'autre part elle favorise **l'utilisation de l'expérience** et sa confrontation à d'autres sources de connaissances. À l'encontre de ce qui s'est instauré dans les institutions sanitaires où le médecin, et à sa suite le soignant, est celui qui « professe », donc celui qui sait, qui informe, qui conseille, qui éduque... (jusqu'à l'éducation aveugle), **l'approche anthropologique situe chaque personne comme source de savoir**.

Les savoirs sont en premier lieu des *savoirs empiriques* auxquels sont associés ou non d'autres savoirs. Par savoirs empiriques, il faut entendre savoirs d'expérience explicitée devenant transmissibles et utilisables dans d'autres situations. Ils sont à l'origine de tous les autres savoirs. Les savoirs empiriques sont tout aussi indispensables que d'autres formes de savoirs ; leur non-reconnaissance et, *a fortiori*, leur disparition, entraîne des méfaits très graves. Comme *soigner est d'abord et avant tout un art* (au sens étymologique du mot) reposant sur une pratique faite de nombreuses observations, les savoirs empiriques y tiennent une place majeure. Certains de ces savoirs empiriques ne passeront jamais par l'écriture. On ne fera jamais un traité sur la façon de dégager le nez d'un enfant de 5 à 6 mois ; pourtant les conséquences de ne pas savoir le faire et de ne pas s'apercevoir des encombrements du nez dus aux poussées dentaires, par exemple, pèsent très lourdement sur l'avenir de l'enfant au niveau de son audition ou de sa capacité respiratoire.

L'approche anthropologique permet aussi aux soignants d'apprendre à reconnaître et utiliser les multiples informations qu'ils ont reçues par instruction, ce qui est loin d'être évident. L'instruction en soi n'a jamais structuré des savoirs. Déjà structurée par celui qui la donne, elle est reçue comme une masse d'informations qui reste informe si elle n'est pas confrontée à l'expérience ou si elle ne l'est qu'occasionnellement, à titre démonstratif¹⁸.

En partant de la réalité des situations, l'approche anthropologique oblige à s'affronter au concret, à discerner ce qui se passe, à faire appel à ce qui reste de l'instruction reçue en la dépoussiérant mais, surtout, en la mobilisant avec flexibilité, non en corps de connaissances appliquées ou en catégories fictives que l'on projette sur la situation. Souvent, l'instruction agit d'abord comme une entrave pour les infirmières, comme pour les sages-femmes, car cette instruction est mal digérée, trop rigide, trop généralisante et conceptuelle, tandis qu'on leur a appris depuis des décennies à taire leur expérience, à ne jamais faire état de savoirs empiriques. C'est quand on a appris à se servir de liens de signification faisant apparaître la compréhension de ce qui se joue dans une situation de soins que l'on voit mieux comment faire se rejoindre savoirs d'expérience et informations reçues par l'instruction, pour en dégager de nouveaux savoirs dont certains seront propres aux situations de soins.

INTÉGRER LES ÉMOTIONS COMME SOURCE DE SAVOIRS

Il y a davantage encore : l'utilisation de l'anthropologie pour aborder des situations de soins permet, grâce à la compréhension des signifiés, de

ne pas dissocier les faits rencontrés du retentissement affectif qu'ils ont, des *émotions* qu'ils entraînent, et ce faisant, d'en élaborer des savoirs.

Apprendre à **percevoir émotions et sentiments**, tant des personnes soignées que ceux éprouvés par les soignants, **est source incommensurable de savoirs** si on ne les dissocie pas des situations pour les grossir en soi ou les éluder, si on dégage ce qu'on en apprend et les possibilités de s'en servir. La médicalisation a éradiqué les émotions, les affects, les ressentis qui pourtant sont inhérents à toute situation de soins. Même s'ils peuvent paraître d'une grande banalité, ces ressentis sont là et influencent la situation au-delà de ce qu'on saurait imaginer : saisir le dégoût d'une mère pour dégager le nez de son enfant, sa peur de ne pas savoir s'y prendre ou de le voir souffrir est tout aussi important à prendre en considération que ce qu'elle sait sur l'apparition des dents (voir exemple).

Appréhender les émotions, les façons de ressentir, saisir leur relation avec les faits vécus et constatés permet de les prendre en compte au même titre que d'autres aspects de la situation. En fait, on ne peut pas les dissocier sans rendre infirmes nos facultés intellectuelles. *L'intelligence naît de notre capacité à appréhender, comprendre et utiliser tout ce qui nous relie au monde et nous fait vivre.*

QUESTIONNER L'UTILISATION APPROPRIÉE D'OUTILS THÉRAPEUTIQUES

À l'encontre de ce que l'on croit fréquemment, l'anthropologie embrasse un champ beaucoup plus diversifié que les seules habitudes de vie et croyances. De fait, elle étudie *les façons de faire* engendrant des habitudes de vie à partir des outils créés et utilisés dans un milieu donné. C'est même à partir des outils que les paléontologues et les anthropologues — tel André Leroi-Gourhan¹⁹ — ont pu reconstituer des pans d'histoire de certains groupes ethniques, ou que des historiens — tel Georges Vigarello²⁰ — ont pu reconstituer l'histoire de l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge, démasquant ainsi tout un ensemble de stéréotypes sur la toilette.

La méthode et les connaissances anthropologiques utilisées pour aborder les situations de soins introduisent un questionnement non sur les techniques ou sur le seul savoir-faire auxquels les médecins ont rivé les infirmières, mais sur la **technologie**, c'est-à-dire sur la connaissance de l'outil. Cette connaissance de ce que l'outil permet ou compense, reliée

à ce que l'on connaît de la personne et à ce qui lui pose problème, permet d'élucider la justification appropriée de son utilisation. L'approche anthropologique qui oblige à beaucoup de précision et d'exactitude amène à discerner des indications ou des seuils d'utilisation d'outils de diagnostic et de traitements, ou à en révéler l'inadéquation. À l'heure actuelle, l'utilisation inconsiderée de dextros²¹ pour les enfants diabétiques en est un exemple avec ses risques d'entraîner la perte de la sensibilité tactile des doigts, auxquels s'ajoute le risque d'infection de la pulpe du doigt.

Cette interrogation sur l'utilisation des outils ne concerne pas que les outils visant à diagnostiquer et traiter la maladie, mais également les outils de confort²², afin d'en connaître l'usage et d'y avoir un recours approprié.

PERMETTRE UNE ÉLUCIDATION DU COÛT ET DES INCIDENCES ÉCONOMIQUES DES SOINS

Le recours à l'ethno-histoire permet de saisir avec clairvoyance comment les soins, de source de rapport de biens et d'argent qu'ils étaient du temps de la Bienfaisance et de ses œuvres, sont devenus au cours du vingtième siècle source de dépenses dispendieuses. L'approche anthropologique suscite un questionnement d'une autre nature que celui invoqué autour de la seule rentabilité des outils et du personnel qui les actionne. Elle amène à **prendre en compte les effets des soins dans la durée**, c'est-à-dire non seulement en considérant leurs coûts, mais en faisant apparaître les **incidences économiques de ces coûts**. De plus, comme c'est le cas dans l'industrie, il devient impératif de faire apparaître *les coûts invisibles* dus au manque d'élucidation de la façon dont se posent les problèmes — tant pour les personnes soignées que pour les soignants qui ont à les compenser — ainsi qu'à l'impéritie des solutions, au coup par coup, au découpage du travail en tâches, à la non-reconnaissance d'un **temps de réflexion** indispensable au personnel infirmier pour agir de façon éclairée.

Enfin l'approche anthropologique amène les infirmières et le personnel soignant à **questionner les conditions de travail** qui leur sont nécessaires, voire indispensables pour réaliser les soins. Jusqu'à présent, les infirmières — comme les sages-femmes — ont subi les conditions de travail qui leur ont été imposées, non seulement à cause du poids du passé, mais par *manque d'élucidation de la nature des soins à prodiguer*, en tenant compte à la fois de la gravité ou de l'étendue des atteintes causées par la

maladie et des capacités pouvant être mobilisées chez les patients selon leur âge et la marque culturelle de leur sexe²³. C'est cette élucidation qui fait apparaître les conditions indispensables à la réalisation de projets de soins centrés sur ce qui permet aux personnes soignées de *continuer à vivre*, y compris jusqu'au seuil de la mort : conditions de temps de réflexion, de temps de relation avec les familles et avec d'autres personnes concernées, temps de relaxation... conditions d'environnement, d'équipement, de répartition d'horaires en fonction de la pénibilité des soins... et lié à tout ce qui précède : estimation appropriée de *quota en personnel*.

LES DIFFICULTÉS DE L'UTILISATION DE L'APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE

En résumé, l'approche anthropologique est une **approche active et participative** :

— Parce qu'elle part de la personne, de sa famille, de son environnement social.

— Parce qu'elle part de la parole des gens et la reconnaît. Or *parler, c'est exister*. Elle utilise la parole comme le font les guérisseurs qui considèrent la parole de la personne qu'ils soignent comme porteuse de ce qui la fait exister. Cette parole communique les habitudes de vie, les croyances, les façons de vivre la maladie. Elle est indicatrice de ce qui permet de continuer à exister. Elle tient tout autant compte de l'expression des soignants en les amenant à préciser ce qu'ils veulent dire.

— Parce qu'elle est *positive*, non réductrice. Elle envisage ce qui est possible en reliant différents faits à prendre en compte, en voyant les implications tant pour les personnes soignées que pour les soignants.

— Parce qu'elle est précise. Elle oblige à beaucoup de rigueur, de précision, d'exactitude pour cerner l'influence de chaque fait dans leur interrelation.

Toutefois, l'utilisation de l'approche anthropologique pour aborder les situations de soins n'est pas sans rencontrer de difficultés :

— Difficultés venant de la **non-acquisition ou de la déformation de la capacité à observer**. La façon dont l'observation a été enseignée lors de la formation professionnelle est une observation rigide, fermée, avec objectifs préétablis, limitant les possibilités de découvrir l'inconnu, visant davantage à vérifier qu'à saisir des éléments de compréhension inattendus. Également, difficultés d'avoir un regard, une écoute positive — qui cherchent à comprendre, non à juger.

— Difficultés à **trouver les liens**, à comprendre et à utiliser les liens existant entre plusieurs aspects d'une même situation et d'y découvrir ce qui donne sens à l'ensemble.

— Difficultés à **acquérir de la rigueur, de la précision** qui sont souvent confondues avec rigidité. Saisir les détails, les nuances et les replacer dans un ensemble apparaît souvent déroutant.

— Difficultés à **se dessaisir de cadres conceptuels tout faits**, incompris, ainsi que de définitions et de concepts non assimilés.

— Difficultés venant d'un **manque d'acquisition de notions culturelles de base** permettant l'explication de phénomènes liés aux dimensions du temps, de l'espace, des rites, des symboles.

— Difficultés à **sortir des généralisations**, à dégager de l'évidence ce que l'on croit connaître.

— Difficultés de **nommer, d'expliciter ce que l'on pense avoir compris** : le travail en tâches sérielles ayant favorisé l'expression anecdotique, fragmentaire.

— Difficultés à **se sortir de mécanismes comportementaux**, de lignes de conduite, de modèles à reproduire, de théories à appliquer. Difficultés à se distancer d'idéologies culpabilisantes induisant les remises en question du soignant plutôt que de lui permettre de *questionner ce qu'il fait pour en trouver le SENS*.

— Difficultés à **construire un savoir** reliant à la fois les acquis de l'expérience personnelle et professionnelle, un savoir utilisant autant ce qu'on peut apprendre des émotions et des sentiments que d'aspects cognitifs.

— Difficultés venant de **la non-maîtrise de modes de visualisation** et d'une écriture de synthèse.

— Difficultés de **faire valoir économiquement et socialement les effets d'une telle approche**.

— Difficultés d'**expliciter et d'exiger les conditions de travail indispensables** à des soins resitués dans leur finalité anthropologique.

À toutes ces **difficultés s'ajoutent celles venant de l'emprise institutionnelle**. L'utilisation d'une approche anthropologique pour aborder les situations de soins se heurte au fractionnement du travail en tâches, à la réduction du personnel sans prise en compte de la nature des soins, à la remise en cause du pouvoir médical, au mode de relation dominant-dominé développé dans les institutions sanitaires, à un système économique fondé sur la rentabilité des coûts sans prendre en considération les incidences des soins dans la durée. De plus, l'approche anthropologique, lorsqu'elle est bien utilisée, communique un pouvoir libérateur en ce sens qu'elle favorise le développement des capacités, tant des personnes soi-

gnées, de leurs familles que des soignants — aussi peut-elle apparaître comme menaçante pour la stabilité de hiérarchies de dominance et la cohésion bureaucratique de l’emprise institutionnelle.

COMMENT LES INFIRMIÈRES PEUVENT SE SITUER FACE À L’ANTHROPOLOGIE

En terminant, il me semble souhaitable de **clarifier la façon dont nous nous situons en tant qu’infirmières ou sages-femmes, face à l’anthropologie**. L’enjeu par rapport à notre domaine de compétence est-il l’enseignement de l’anthropologie ? Ou la capacité d’utiliser l’anthropologie pour **approcher les situations de soins** afin d’en **dégager une compréhension** qui permette d’avoir une action soignante appropriée, c’est-à-dire qui parte de ce que l’on apprend à découvrir des gens ?

Pourquoi les infirmières se substitueraient-elles aux anthropologues de métier pour enseigner le très vaste domaine de l’anthropologie qu’elles n’ont pas exploré elles-mêmes ? À moins que ce ne soit dans le domaine qui leur est propre : **le champ des soins**. Pourquoi faudrait-il que les étudiantes-infirmières, que les sages-femmes ne bénéficient pas de la pluridisciplinarité des étudiants universitaires pour découvrir les vastes horizons de l’anthropologie ? En revanche, *il importe que ce soient des infirmières et des sages-femmes ayant appris à utiliser l’anthropologie dans leur propre champ d’exercice professionnel, à savoir les situations de soins, qui initient leurs collègues à cette utilisation.*

De ces infirmières et sages-femmes utilisant l’anthropologie dans leur exercice professionnel, **nous manquons terriblement**. C’est au titre de notre métier qu’il nous est possible **de redonner aux soins leur dimension culturelle**. Bien plus, **les situations de soins sont en soi un champ anthropologique** ; aussi est-ce par les situations abordées au cours de la pratique de notre métier que les infirmières comme les sages-femmes peuvent faire apparaître des connaissances que seules les situations de soins peuvent révéler. C’est dire que c’est hors du champ de notre travail que nous pouvons puiser à la diversité des sources de l’anthropologie ; mais que c’est dans **le champ de notre travail** que nous pouvons valablement utiliser les apports de l’anthropologie pour alimenter les savoirs des soins et révéler par les soins de nouveaux savoirs.

EXEMPLE

ILLUSTRATION D'UNE UTILISATION DE L'ANTHROPOLOGIE
AVEC LES INFIRMIÈRES ET UN INFIRMIER D'UN SERVICE DE SOINS À DOMICILE

Cet exemple part d'une équipe de sept infirmières et un infirmier d'un service de soins à domicile rattaché à un organisme de paiement. Cette équipe voulait entreprendre une action de prévention... mais voilà... fallait-il l'entreprendre en dehors des situations rencontrées lors des soins à domicile ? Ou fallait-il partir de constatations faites lors des soins à domicile ?

Influencées par l'exécution d'actes prescrits par le médecin, répondant à des demandes individuelles, il ne va pas de soi que des infirmières de soins à domicile s'interrogent sur le genre de personnes qu'elles sont amenées à soigner, ni sur la raison qui engage les soins à domicile. La parcellisation des tâches ne les amène pas à dégager certaines constatations à partir de la nature et de la fréquence de leurs interventions pour en avoir une vue d'ensemble. Par ailleurs, beaucoup d'actions de préventions sont le plus souvent incitées sous la pression de diverses influences, mais se trouvent de fait très peu enracinées dans la réalité, au sens de tenir compte de la diversité des manifestations culturelles, sociales et économiques de cette réalité.

Ici, les infirmières, au lieu de se lancer dans une grande enquête systématique sur les besoins de la population, se sont demandé comment mieux découvrir *quelles* personnes elles soignaient et pourquoi elles intervenaient. Elles le firent en prenant en considération **quelles** maladies affectaient les hommes et les femmes qu'elles soignaient, **en relation avec** leur âge et leur environnement. Cette analyse faite par secteur géographique à partir des situations de soins à domicile leur permit de mettre en évidence les problèmes de santé qui se présentaient fréquemment, problèmes qui passaient inaperçus tant que l'équipe ne résistait pas ses interventions de soins à domicile dans une vision d'ensemble, pour une période donnée.

De cette façon, les infirmières de cette équipe purent constater la fréquence « *d'otites à répétition* » dans plusieurs quartiers. Toutefois, elles n'éprouvèrent pas le besoin d'évoquer pour autant **qui** avait ces otites à répétition, tant l'habitude de mentionner les gens par la pathologie qui les affecte demeure ce qui les identifie au regard des soignants. Ceci rendait illusoire toute entreprise de l'action préventive qu'elles se proposaient. En se centrant sur les otites, elles omettaient de partir de **qui avait une otite**, ce qui les empêchait de comprendre ce qui pouvait occasionner les otites.

La grande inconnue demeurait donc **qui** avait des otites à répétition, car peut-on parler de la même affection — au sens de ce qui la déclenche et de ses conséquences — selon qu'il s'agisse d'un très jeune enfant, d'un enfant de 10 à 15 ans ou plus, qui se baigne en piscine, d'un adulte qui fait tel ou tel travail ?

Après avoir pris **explicitement conscience** que ces otites touchaient prioritairement de très jeunes enfants ayant entre 5-6 mois, puis autour de 16-18 mois jusqu'à 24 mois et légèrement au-delà, il devint possible d'établir un lien entre les otites à répétition et **l'âge des enfants** chez qui elles survenaient. Il devenait également important de s'interroger sur la fréquence de réapparition des otites, leur durée, quelle oreille était atteinte ? Questions qui peuvent paraître d'une banalité déconcertante mais qui fournissent des précisions indispensables.

Replacées dans une vue d'ensemble, ces précisions font de l'otite un événement qu'il s'agit de situer dans le contexte de vie de l'enfant qui en est atteint, ainsi que de comprendre les possibilités qu'ont les mères de ces enfants de pouvoir réagir à ces atteintes autrement qu'en spectatrices désarmées.

Tant que les infirmières n'avaient considéré que les otites à répétition, elles parlaient des mères comme de « bonnes mères » « s'occupant bien de leurs enfants » puisque se rendant chez le pédiatre à chaque fois que l'enfant avait une otite à répétition. Les

mères en revenaient avec un traitement d'antibiotiques, traitement pour lequel elles faisaient appel à l'infirmière. Ce qui amenait à constater que *les mères savaient s'apercevoir des signes du mal d'oreille mais semblaient ne pas avoir de repères sur ce qui pouvait le produire ou sur la façon de l'éviter.*

Ces interrogations mobilisèrent l'équipe infirmière. Leur expérience de mère ayant élevé des enfants ou l'expérience de celles qui s'étaient occupées d'enfants, fut interpellée afin de retrouver ce qui pouvait occasionner des otites pour des enfants de cet **âge**. Faire parler l'âge mit sur la voie de l'élaboration d'un savoir de groupe entre les infirmières qui retrouvèrent comment l'otite pouvait être pour des enfants le signe d'une **complication de poussées dentaires**. Les poussées dentaires provoquant une hypersécrétion des muqueuses qui engendrent à leur tour un encombrement des voies respiratoires, réclament **une attention et un savoir** : savoir empirique que les mères se communiquaient autrefois au point que les poussées dentaires étaient objets de rites pour en faciliter le passage, tant pour l'enfant que pour la mère²⁴. Ainsi, les rites instaurés autour de la première dentition, en raison de passages reconnus difficiles aussi bien pour l'enfant que pour la mère, permettaient d'en identifier les signes, de les reconnaître et de savoir porter remède à ce qui risquait de mal se passer. **Le remède** qui se situe tout à fait différemment du traitement permet comme son nom l'indique de **remédier** à la situation pour ne pas basculer vers l'installation du mal qui devient alors maladie.

La mise en commun des savoirs d'expérience acquis par les infirmières en tant que femmes s'étant occupées d'enfants, en les rapprochant de l'instruction reçue dans des cours qui n'avaient absolument pas été intégrés (parce qu'appris théoriquement sans qu'il se soit établi de lien avec les situations concrètes), permit de saisir les signes des poussées dentaires ainsi que ce qui pouvait donner lieu à leurs complications : otites, bronchites, feux de fesses, érythèmes...

Cette réflexion permettant l'élaboration d'un savoir reconstruit au sein du groupe infirmier permit à chaque infirmière et infirmier d'avoir une approche analogue avec les mères. Elles réalisèrent qu'au lieu de donner des conseils et des explications, qui non seulement sont dissociés de la réalité des situations mais qui donnent lieu à erreur car désinsérés de cette réalité, l'action préventive trouve ses racines dans ce que la situation révèle, si comme en anthropologie on sait faire apparaître les liens structurants et significatifs.

Ce fut autour de soins apparemment très banals, consistant à repérer les signes avant-coureurs de poussées dentaires, à retrouver comment dégager les voies respiratoires et supérieures qu'il leur devint possible de s'intéresser à ce que les mères avaient pu observer, savaient repérer, et aux façons dont elles pouvaient s'y prendre pour désencombrer les trajets respiratoires, remédier à la douleur, soulager les feux dentaires...

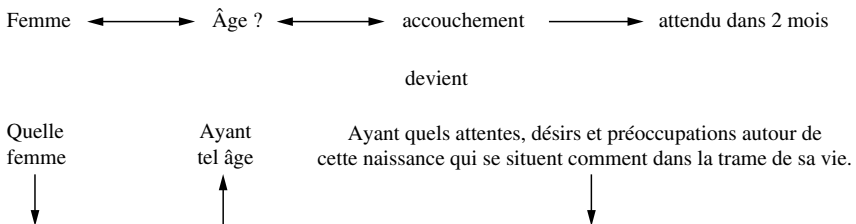
Les infirmières découvraient et apprenaient des mères, comme les mères ont pu découvrir et apprendre par l'intéressement des infirmières à ce qu'elles savaient ou cherchaient à trouver.

Les effets de ce mode d'approche se firent sentir dès les premiers mois de réflexion et de mise en route d'une action soignante entreprise avec les mères. Un travail suivi auprès de 21 enfants sur une année a fait apparaître que 3 enfants seulement avaient eu une rechute. En fait, l'aboutissement d'un travail de ce genre est beaucoup plus large qu'un simple résultat épidémiologique. Il a toute sorte de retentissements : il permet la réélaboration de savoirs, tant du côté des soignants professionnels que des mères, il valorise les personnes au lieu de les culpabiliser ou de les discréditer. Il entraîne intéressement et satisfaction de part et d'autre. Mais il a aussi des incidences économiques majeures : incidences immédiates quant au coût des consultations, des traitements répétitifs — mais également économie de la souffrance pour des petits enfants devant subir à la fois les maux d'oreilles et l'agression des piqûres ; incidences

futures par l'évitement des conséquences désastreuses sur l'audition d'otites à répétition (sinusites fréquentes, diminution auditive entraînant des ports de prothèses précoces, etc.). Toutefois, même lorsqu'on en donne des preuves significatives auprès des organismes payeurs (Sécurité sociale, mutuelles), ces incidences sont loin d'être prises en compte et reconnues en raison des enjeux socio-économiques et politiques du système de santé.

Notes

1. M.-F. Collière, « La Créativité, un défi au cours de l'histoire de la profession infirmière », in *La Créativité dans le rôle propre infirmier*, Journées de Perfectionnement du Centre Chrétien des Professions de Santé, novembre 1984. (Dans ce livre p. 23-54.)
2. J. Delumeau, *Le Pêché et la peur. La culpabilisation en Occident*, Paris, Fayard, 1983, p. 22.
3. F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986.
4. J.-P. Peter et J. Revel, « Le Corps, l'homme malade et son histoire, in *Faire de l'histoire*, Paris, Gallimard, 1974, p. 175.
5. M. Gast, « Ethnologie, pour qui, pour quoi ? », in *Désert*, revue *Autrement*, hors série n° 5, novembre 1983, p. 128.
6. Désordre par rapport à l'ordonnancement de la pensée du soignant, surtout si on lui a appris un recueil systématique de données à partir de grilles préétablies.
7. C'est délibérément que je place en premier la maladie, car dans la culture professionnelle infirmière inculquée par la médicalisation, c'est toujours la maladie que les infirmières nomment en premier en dépit de l'idéologie centrée sur La Personne. Le plus souvent, il n'y a aucun besoin d'évoquer la personne autrement que par la désignation de sa maladie — le reste demeure confiné aux « relations humaines ».
8. Cette prédominance de la maladie demeure tout aussi prégnante dans des services pré- et post-natals, de santé scolaire, bien que de façon plus atténuée dans la forme, car la principale préoccupation est d'éviter la maladie, de la conjurer. C'est le cas pour les grossesses à risque... c'est aussi le rappel constant des mères à la consultation si leur enfant a perdu du poids : elles en repartent chargées de conseils sans qu'on soit parti de ce qui était leur préoccupation ou leur difficulté.
9. Ou tout autre événement pour lequel il y a recours aux soins, comme des soins aux mères et aux nouveau-nés.
10. Dans toutes les situations de soins qui partent d'un événement requérant un accompagnement de soins, sans qu'il y ait maladie, c'est cet événement qui sera à relier avec QUI le VIT. De la même façon, la lecture intégrée a pour but de dégager les liens de signification à partir de ces trois aspects prédominants auxquels tous les autres se rattachent. Ainsi :



11. Aucun aspect n'est à explorer systématiquement, comme on le laisse trop souvent croire aux infirmières lors de ces fameux « recueils de données ». Ceci crée un stock d'informations qui demeurent inertes pour la plupart car très peu significatives, donc très difficilement utilisables.
12. Savoirs que l'on peut retrouver encore aujourd'hui chez des aides-soignantes et des agents hospitaliers qui utilisent leur « bon sens », c'est-à-dire la signification qu'elles savent décoder à partir de faits courants, très concrets, et en se servant de leur expérience.
13. C. Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958.
14. Précisions bien qu'il n'est aucunement question de faire l'investigation de l'histoire de vie de quelqu'un (comme le font bon nombre d'interrogatoires), mais de poser au fur et à mesure les informations que donnent d'eux-mêmes les patients ou que l'on est amené à préciser avec eux à partir de ce qu'ils disent, afin d'en dégager la compréhension qui permettra d'élaborer avec eux leur projet de soins.
15. Par projet de soins, il faut entendre tout projet de caractère sanitaire et social, comme c'est le cas en santé maternelle et infantile, ou en santé scolaire, pas seulement ce qui concerne les situations où il y a maladie.
16. A. Ancelin-Schutzenberger, « Psychologie et psychothérapie de la vie quotidienne : une approche ethnométhodologique du dit et du non-dit et de l'attitude naturelle », p. 25-41.
17. Voir exemple. Il serait souhaitable de donner de nombreux exemples. Je puis témoigner par l'expérience que j'ai acquise de cette approche que j'ai vu des situations de soins complexes trouver des solutions insoupçonnées par cette approche.
18. B. Charlot, « Dis-moi ce que tu comprends et je te dirai ce que tu es. Apprentissage, pouvoir et rapport au savoir », *Éducation Permanente*, n° 47, janvier 1979.
19. A. Leroi-Gourhan, *L'Homme et la matière*, Paris, Albin Michel, 1943 ; *Milieu et techniques*, Paris, Albin Michel, 1945 ; *Le Geste et la parole. Technique et langage*, tomes I et II, Paris, Albin Michel, 1964.
20. G. Vigarello, *Le Propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, Paris, Seuil, 1985.
21. Le dextro est un prélèvement sanguin pratiqué à la pulpe du doigt dont l'examen immédiat réalisé par un appareil miniaturisé à piles révèle le taux de glycémie.
22. Ces outils de confort sont le plus souvent appelés *aides techniques*. Ils sont encore très souvent méconnus, voire ignorés du personnel infirmier.
23. L'analyse de la charge de travail telle qu'elle se pratique aujourd'hui dans de nombreux services hospitaliers, à partir de la somme de tâches à effectuer à des malades ou personnes âgées « dépendantes », sans avoir identifié avec précision ce qui influence cette dépendance, ainsi que les conséquences qu'elle entraîne sur les obligations de la vie quotidienne, non seulement laisse invisible toute une partie du travail interstitiel aux tâches qu'ont à réaliser les infirmières, mais ne permet pas de justifier ces tâches en fonction de leur finalité. La différence est immense entre une constatation passive de phénomènes de dépendance ou un projet de soins qui, tenant compte des déficiences fonctionnelles, cherche à les diminuer, les compenser, limiter leur extension en fonction de ce que présente encore comme capacités un homme ou une femme de tel âge.
24. F. Loux, *L'Ogre et la dent*, Paris, Berger-Levrault, 1981.

Il est impossible de citer ici tous les ouvrages d'anthropologie pouvant contribuer à faciliter une approche anthropologique des situations de soins, retrouver ou élaborer des savoirs dans le domaine des soins. La consultation des bibliographies des ouvrages cités dans le présent article permet déjà d'avoir de nombreuses références. Je suggérerai particulièrement les ouvrages de Françoise Loux, dont *Traditions et soins d'aujourd'hui*, *Anthropologie du corps et professions de santé*, 2^e éd., InterEditions, 1990.

Soigner : accompagner les grands passages de la vie*

Origine de la nature des soins

Prolongeant la perpétuelle danse cosmique de la matière¹, la vie, depuis qu'elle est apparue dans notre univers, s'inscrit et se poursuit dans un mouvement continu.

Une des caractéristiques majeures de la vie est d'*être en mouvement*, c'est-à-dire en transformation.

Toute vie est mouvement.

Venant à s'insérer sur le parcours du temps, inscrite sur la trajectoire de l'histoire, la vie de tout être vivant franchit des *passages* :

elle éclot...

elle s'aventure...

elle s'achemine...

elle se termine...

Passer...

Dépasser...

Trépasser...

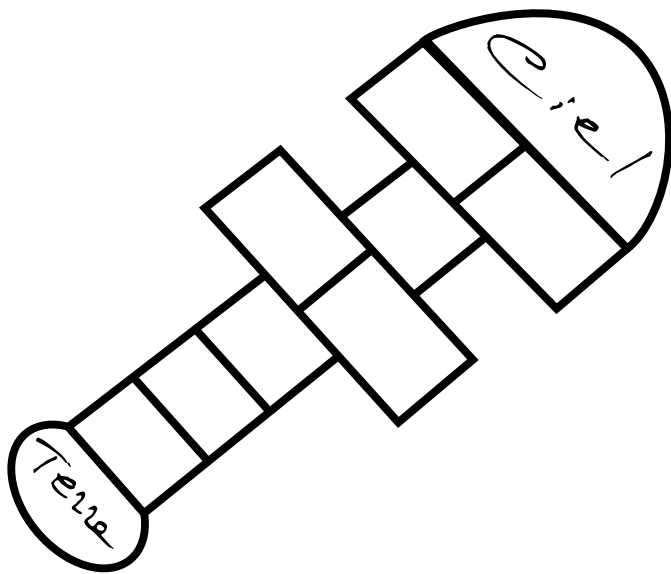
* Conférence, donnée le 30 septembre 1994 au Grand Amphithéâtre de l'Ecole Normale Supérieure de Lyon, inaugurant une journée de réflexion autour de l'apport irremplaçable des soins qui jalonnent les différents moments décisifs de la vie, accompagnée de communications présentées par Maggy Colin, sage-femme, Marie-Joëlle Faguin, infirmière puéricultrice, Danielle Besset, Jacqueline Brissaud, Catherine Dupuis, Bernadette Rapenne, Françoise Coquelin et Anne-Marie Bres, infirmières ; animation de Michèle Pohier, infirmière directrice du centre de soins de Lille-Sud. Ces communications illustraient cet apport des soins réalisés par sages-femmes et infirmières à partir de différents services : de santé maternelle et infantile, de santé scolaire, de soins à domicile, ou encore à l'hôpital, comme en prison, en cherchant à accompagner les gens pour leur permettre de franchir telle ou telle étape incertaine ou difficile concernant leur santé.

Tel est le sens du mouvement de la vie... à la mort.

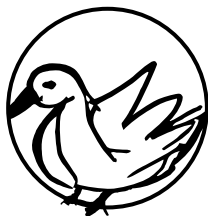
Ce mouvement permanent de la vie a donné lieu à toutes sortes de représentations symboliques attestant de la destinée inexorable des humains. Le fleuve, la roue, le serpent, le dragon, demeurent des figures centrales dans les diverses mythologies où le dieu du Temps : Krishna... Vishnu... Aïon... Chronos... se situe à l'origine du mouvement cosmique en ayant le pouvoir de faire « périr les mondes quand ils sont mûrs » (Vishnu).

Même les jeux des enfants témoignent depuis des siècles de ce mouvement continu de la vie, jalonné d'étapes successives :

— que ce soit la *marelle* où l'on s'achemine bon an, mal an, de la terre au ciel,



— ou ce jeu très ancien, connu des Grecs, sans doute même des Crétois, que l'on retrouve sous des formes différentes suivant les époques et les sociétés : le *jeu de l'oie*, où il s'agit bien de franchir les étapes difficiles qui peuvent survenir au cours de la vie.



Ce mouvement permanent de la vie, les hommes et les femmes l'ont scandé par leurs chants et par leurs danses. Ils l'ont exprimé par la parole des conteurs, des griots, des troubadours, des chansonniers, telle cette chanson à laquelle Edith Piaf donne toute sa profondeur :

Village au fond de la vallée,
Comme égaré, presque ignoré,
Voici, dans la nuit étoilé,
Qu'un nouveau-né nous est donné.
Jean-François Nicot il se nomme.
Il est joufflu, tendre et rosé.
À l'église, beau petit bonhomme,
Demain, tu seras baptisé.
Une cloche sonne, sonne,
Sa voix, d'écho en écho,
Dit au monde qui s'étonne :
« C'est pour Jean-François Nicot !... »
C'est pour accueillir une âme,
Une fleur qui s'ouvre au jour ;
À peine, à peine une flamme
Encor faible, qui réclame
Protection, tendresse, amour ! »²

En commémorant les événements les plus marquants de la vie de Jean-François Nicot (naissance, mariage, mort), Edith Piaf met l'accent sur le franchissement des deux passages qui sont l'alpha et l'omega de toute vie : *la naissance, et la mort*. Elle évoque leur exigence de protection, de vigilance, de tendresse. Entre ces deux passages obligés : le mariage, passage jusqu'alors incontournable, établissant le lien du couple ayant à assurer la continuité de la lignée pour dépasser l'intangibilité de la mort. Ces grands passages de la vie s'inscrivent eux-mêmes dans le rythme des saisons dont ils ne sauraient être dissociés.

LA VIE... UNE SUCCESSION DE PASSAGES

Si ce sont là les trois grands passages qui, de par leur gravité et leur importance, ont de tout temps été particulièrement entourés par des coutumes revêtant un caractère sacré, et par là même à l'origine *des rites de passage*, il n'en reste pas moins que nous franchissons constamment des passages tout au long de notre vie. De la naissance à la mort, toute vie est jalonnée par une succession de passages, passages qui pour être franchis demandent

à être entourés de soins, d'où l'intérêt de mieux comprendre comment se déroulent ces grands passages de la vie et ce qui caractérise leur déroulement, afin de mieux saisir l'importance et la finalité des soins qui se sont élaborés et mis en place pour assurer à toute vie humaine de se réaliser, se poursuivre et se transmettre.

NATURE DES PASSAGES RYTHMENT LA VIE

Outre les deux seuls *passages inéluctables* que sont **la naissance** et **la mort**, la nature des passages de la vie diffère suivant que ce sont :

— *Des passages obligés* qui, entre la naissance et la mort, ponctuent le parcours de toute vie selon une progression ayant des étapes déterminées, inscrites dans une continuité irréversible. Ainsi en est-il des passages obligés marquant les étapes de l'enfance (premières dents, la marche, l'acquisition de la propreté, l'acquisition du langage), ou celle de l'adolescence (la puberté), etc. Un passage obligé se situe dans une marge de temps donné, cette marge étant elle-même influencée par les ressources alimentaires, les réactions socio-affectives, l'influence des coutumes... et bien sûr par les acquisitions antérieures.

— *Des passages attendus* (ce qui ne veut pas forcément dire désirés). Outre les passages obligés, d'autres passages peuvent être attendus socialement : telle l'entrée à l'école, ou économiquement : tel le premier emploi.

— *Des passages propres au parcours de telle ou telle vie* marquée par tel ou tel événement, comme le divorce, la perte d'un travail, un déménagement. Ils sont toujours empreints de l'influence du milieu culturel comme l'appartenance à telle ou telle classe sociale, tel statut hiérarchique, tel milieu professionnel. Certains passages peuvent être tout à fait exceptionnels, en fonction des risques que l'on ose prendre, des circonstances imprévues... heureuses ou malheureuses (comme être pris en otage).

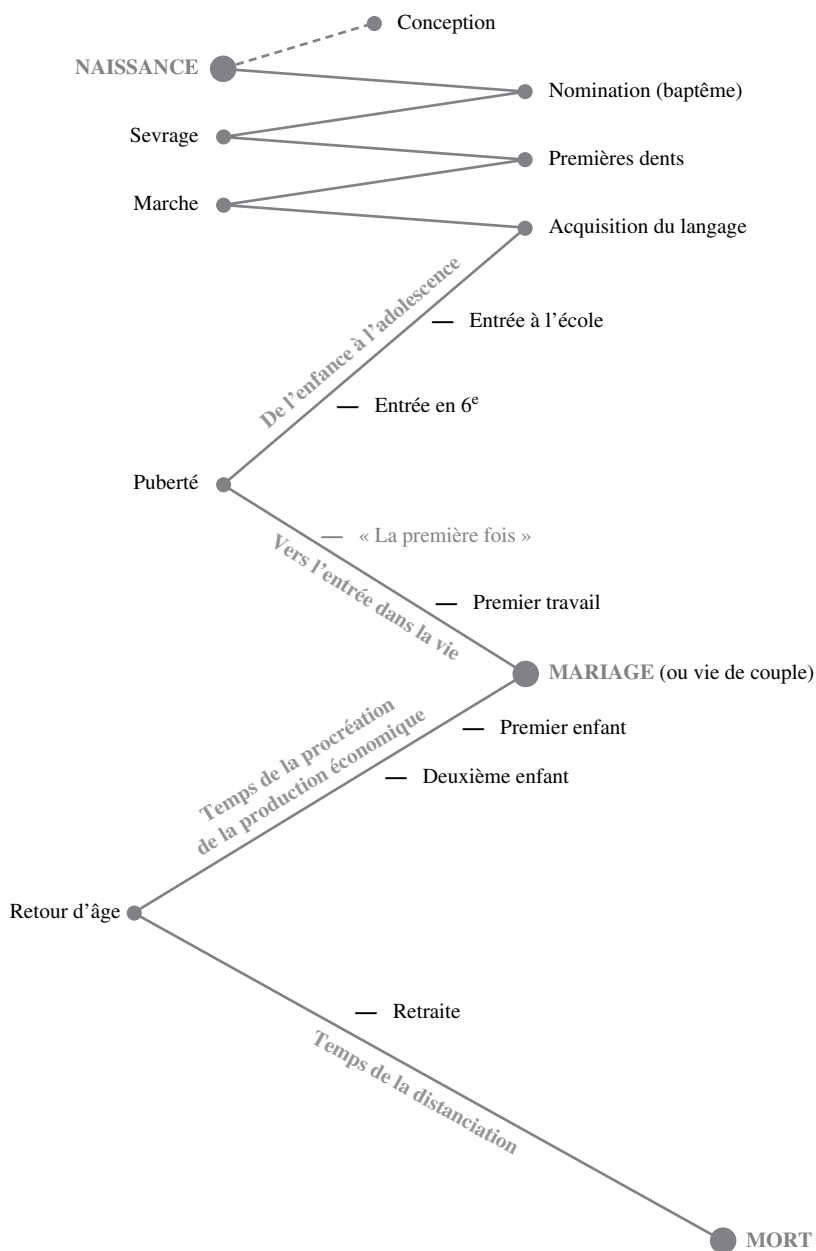
— *Des passages occasionnels* entraînant des conséquences temporaires ou durables, comme **la maladie** ou **l'accident**.

Tous ces passages qui rythment la vie forment des repères constitutifs et fondamentaux de la mémoire. Il y a l'avant... et... l'après de...



La représentation ci-contre montre quelques passages marquants tels qu'ils peuvent se présenter aujourd'hui dans la société occidentale.

Si la notion de passage est universelle, la nature des passages, leur espacement, la marque symbolique qui leur est attachée diffère avec le milieu culturel et en fonction d'une époque. Mais surtout, tout passage est stigmatisé par **l'appartenance sexuée** qui marque d'un sceau indélébile toute vie, à commencer par la naissance d'un garçon ou d'une fille. Ainsi, l'apparition de la première dent était, jusqu'à l'allaitement artificiel, d'une importance majeure pour l'enfant comme pour la mère. Elle marquait la séparation avec la mère qui quittait l'enfant allaité pour rejoindre son époux. (Voir F. Loux, *L'Ogre et la dent*, Paris, Berger-Levrault, 1981.)



De la naissance à la mort... la vie est jalonnée de passages

« La vie individuelle, quel que soit le type de société, consiste à passer successivement d'un âge à un autre, d'une occupation à une autre³... », s'attache à mettre en évidence Arnold Van Gennep qui, à la fin du siècle dernier, fut le premier à mettre en lumière ces notions de passage et de rites de passage chargées de leurs dimensions culturelles et sociales, mais qu'on ne saurait dissocier de leurs dimensions bio-physiologiques grâce aux travaux de Hans Selye (*Le Stress de la vie*) ou ceux de René Dubos (*L'Homme et l'adaptation*), tout autant que de leurs dimensions psychanalytiques à la lumière des travaux de Jean Bowlby (*Attachement et perte*⁴).

LE PASSAGE... UNE NOTION UNIVERSELLE

La notion de passage est universelle, on la retrouve dans toutes les sociétés. À partir de la naissance, elle est à l'origine de tous les soins.

Toutefois, pour comprendre les liens inextricables existant de tout temps entre les soins et les passages majeurs de la vie, il est bon de s'arrêter sur le *sens* même du mot *passage*,

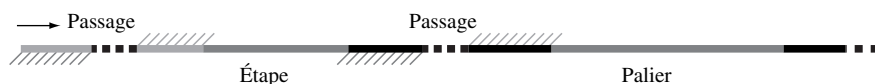
sur cette nécessité qu' « *il faut que cela se passe* »,

ou encore, « *il faut que cela passe* », accompagnée souvent d'inquiétude : « *Comment cela va se passer ?* », marquée par l'attente : « *Quand ce sera passé* », telles que nous le rappellent des expressions si courantes qu'elles passent souvent inaperçues.

CE QUI CARACTÉRISE UN PASSAGE

Un passage est un événement *déterminant dans notre vie* qui fera qu'après elle ne sera plus complètement comme avant. Ainsi en est-il de l'acquisition de la marche... de l'entrée à l'école... d'un changement d'emploi... du mariage.

Un passage est le *franchissement d'une étape, d'un seuil*. Chaque passage nous introduit vers une nouvelle phase de la vie. Entre deux passages, il y a une étape, en quelque sorte *un palier*, qui prépare à s'acheminer vers une nouvelle phase. Ainsi, la marche en élargissant le champ de découverte de l'environnement accroît et diversifie les représentations et, par là, prépare l'acquisition du langage.



La vie se déroule par franchissement de passages et d'étapes successives

Ces étapes sont considérées comme des paliers. Chaque étape permet d'intégrer les changements opérés par le passage antérieur et de préparer le prochain passage.

Un passage est *une épreuve d'adaptabilité, d'ajustement*, parce qu'il nous fait passer :

— De ce que nous connaissons... à ce que nous ne connaissons pas encore, ou que partiellement.

— De ce que nous sommes... à ce que nous allons devenir. Cela implique déstabilisation et insécurité par rapport à ce que nous connaissions, et aux habitudes acquises. Cela bouscule les réactions de notre corps, mais aussi les émotions... les sentiments... ce que nous savions de nous-même... ce que nous savions de notre vie... de notre façon de réagir envers ce qui nous entoure.

Tout grand passage de la vie revêt à la fois :

- un caractère biologique, affectif et social, eux-mêmes influencés par des « façons de faire » (Yvonne Verdier), des coutumes, auxquelles s'attachent des *symboles* chargés de *significations*,
- chacun de ces aspects agissant en interaction.

Tout passage nous oblige à quitter quelque chose pour naître à autre chose. Il entraîne une perte, un deuil de ce qui se passait avant, d'où la *CRISE*, c'est-à-dire la *rupture*, la *déchirure* avec l'état antérieur.

Pour reprendre ce qu'a si bien montré Arnold Van Gennep, un passage se déroule en trois temps successifs :

- le temps de la *séparation*, sans laquelle rien ne peut se poursuivre ;
- le temps de l'*attente* ou *marge*, moment intermédiaire, il est le plus inconfortable et le plus dangereux surtout lorsqu'il se passe avec une extrême intensité et dans un temps très ramassé, comme c'est particulièrement le cas pour la naissance où la marge se joue entre la vie et la mort, d'où l'impérieuse nécessité d'accompagnement, d'attention extrême... de soins très vigilants ;
- le temps de l'*agrégation*, temps de la réinsertion, de l'appropriation, de la réassurance, souvent marqué par une modification de la place sociale.



Les trois stades caractérisant le passage d'après Arnold de Van Gennep

Tout passage, particulièrement ceux qui sont graves et intenses, représente un moment de fragilisation entraînant une appréhension. La CRISE est ce moment de mouvance, de turbulence qui peut

« bien
ou —————▶ se passer »
« mal

Comme en montagne à laquelle Van Gennep emprunte la comparaison du col à franchir, on peut être sur une ligne de crête, parfois côtoyant l'abîme.

Tout peut basculer vers :

- ce qui fait vivre,
- ce qui permet de continuer à vivre,
- ou vers ce qui fait mourir,
- ce qui entraîne vers la mort.

Le col est au cœur même du passage. On ne saurait y rester longtemps sans danger. Il faut quitter la vallée et le versant qu'on s'était habitué à connaître pour aller au-delà... se séparer pour continuer.

PASSER... DÉPASSER LES SEUILS DE LA VIE ?

Depuis des millénaires d'histoire de l'humanité, même déjà chez les espèces vivantes les plus complexes (celles des mammifères), les SOINS représentent tout ce qui a été déployé d'ingéniosité, de créativité pour permettre de franchir les passages majeurs afin d'assurer la continuité de la vie, et, ce faisant, développer les capacités à vivre, ou s'efforcer de maintenir, d'entretenir celles qui s'amenuisent, s'affaiblissent, s'épuisent.

Le premier de tous les seuils, celui qui entraînera tous les autres étant *la naissance, elle est le point de départ de tous les soins dans toutes les sociétés du monde.*

PRENDRE SOIN DE LA VIE... ET DE LA MORT

Dans toutes les cultures la naissance, ce qui la précède (la grossesse) et ce qui la suit, est au point de départ de tous les soins, tant pour la mère que pour l'enfant.

À la naissance, la vie de la mère et la vie de l'enfant encourent un danger si grand qu'il a fallu tout mettre en œuvre pour leur survie.

« *Prendre soin* » de la vie pour qu'elle puisse demeurer et se perpétuer... pour survivre, rester en vie... et à nouveau donner naissance *est une nécessité vitale*. Cette nécessité est tellement vitale, non seulement pour la survie de l'individu, mais pour celle du groupe que « les façons de faire » élaborées essentiellement autour des « *pratiques du corps* » (corps de la mère et corps de l'enfant) et des *pratiques alimentaires* ont donné lieu à des *rites*, c'est-à-dire qu'elles ont été investies d'un caractère *sacré* :

— *Le sacré, c'est ce qui donne un sens au monde*, un sens qu'il ne possède pas par lui-même à l'origine⁵. C'est ce qui fait subir à la nature et aux relations humaines une transfiguration.

— *Le sacré renvoie à la dimension proprement sociale* : c'est ce qui relie les hommes entre eux par l'intermédiaire d'une adhésion à un sens, à une *dimension symbolique*.

Ainsi, la naissance — et ce qui la précède immédiatement, la grossesse, ou plutôt « attendre un enfant », « porter le fruit » — est non seulement le point de départ de tous les soins, mais aussi des rites de passage qui en sont issus.

Cependant, en donnant la vie, les femmes ne transmettent-elles pas également la mort ? « *S'il est évident, dans les faits, dans l'accouchement même que les femmes sont à l'origine de la vie, mettent au monde des enfants, qu'elles soient à l'origine de la mort semble l'être tout autant*⁶. » Aussi revenait-il aux « femmes-qui-aident » d'accompagner la mort comme elles accompagnaient la naissance : celles qui « font les bébés » « font aussi les morts⁷ », opérant *à la fois* à la naissance et à la mort. De là, les soins autour de la naissance ont inspiré les soins autour de la mort : les soins et les rites autour des mourants et de la mort sont une transposition des soins et des rites inversés de la naissance car les signes s'alternent. Il ne saurait toutefois s'agir d'une simple inversion. C'est tout ce qui était appris, découvert, compris autour de la vie qui éclot et s'éveille qui servait à apprendre, comprendre, savoir accompagner la vie qui diminue et s'achève vers un au-delà mystérieux. Aussi était-il impensable de pouvoir

donner des soins aux mourants sans avoir été initié à donner des soins à la mère et à l'enfant. On ne pouvait impunément entourer de soins le dernier grand passage de la vie sans avoir connu, donné, procuré les soins autour de la naissance.

Ce qui était lié de façon intangible dans la continuité se trouve, aujourd'hui, dissocié par la lente instauration progressive d'une rupture entre les soins à l'entrée de la vie et les soins au terme de la vie. Cette rupture a eu pour conséquence d'orienter de façon prédominante la médecine occidentale vers une conception centrée sur la lutte contre la mort, contre les risques de mort (et ceci dès la grossesse : « grossesses à risque, aujourd'hui dès la conception) aux dépens de ce qui éveille, stimule, développe les capacités de vivre, pouvant aller jusqu'à mettre en péril et même annihiler ces capacités⁸.

Pourtant, c'est entre ces deux seuils que se jouent tous les autres passages autour desquels se dessine ce qui, d'un versant à l'autre, accompagne toute vie qui, pour demeurer, connaît sans discontinuité tous ces impératifs : *être soigné... se soigner... soigner...* Conjugué à la forme passive, pronominales et active, ce verbe épouse tous les principaux passages de la vie, traduisant l'indispensable nécessité des soins **sans qu'il y ait pour cela maladie.**

Être soigné... se soigner... soigner...

Les soins se retrouvent à toutes les étapes de la vie :

— D'abord en ayant recours aux autres : ÊTRE SOIGNÉ. Ils sont prodigués durant toute la petite enfance pour suppléer à tout ce que le nourrisson ne sait pas faire ou le petit enfant ne peut pas encore faire, mais davantage encore pour lui permettre d'acquérir et de développer les capacités de faire ce qui est indispensable pour continuer à vivre, grandir, s'éveiller au monde.

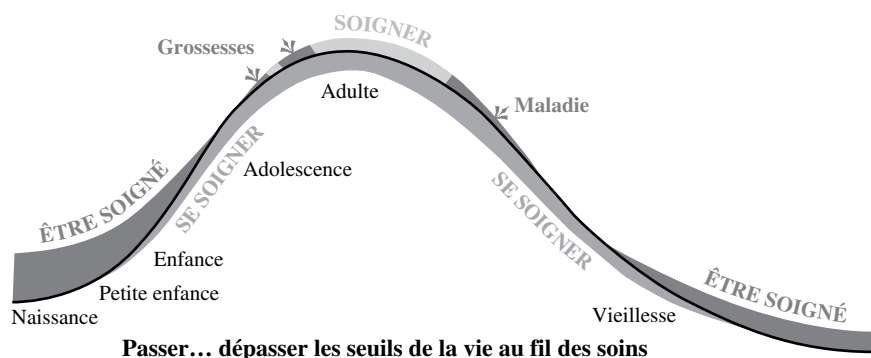
— Puis, en pouvant assurer soi-même ces soins quotidiens. Ces soins dont nul ne peut se passer, que représente se nourrir, se laver, s'habiller, évacuer... mais aussi échanger avec les autres... : SE SOIGNER.

— Pour ensuite SOIGNER : prodiguer les soins aux enfants que l'on engendre, mais aussi aux parents qui vieillissent. Pour certaines personnes, les assurer par métier pour suppléer temporairement à ce que des adultes ne peuvent faire par eux-mêmes en raison de leur état (fin de gros-

sesse, durant le temps de la naissance) ou de perturbations causées par l'âge, la maladie ou l'accident.

— Avec l'âge, mais aussi en fonction de la façon de vivre, du milieu social, de l'appartenance de classe, des ressources économiques, les capacités de SE SOIGNER diminueront et il y aura à nouveau recours à la famille, à l'entourage, mais aussi au personnel soignant pour ÊTRE SOIGNÉ, c'est-à-dire pour veiller non seulement à compenser ou maintenir les capacités restantes mais encore pour s'efforcer de diminuer l'accélération des pertes sensori-motrices et psycho-affectives ainsi que maintenir en éveil les capacités restantes.

Être soigné... se soigner... soigner se succède non pas en se juxtaposant, mais en se chevauchant, revêtant des amplitudes diverses suivant les phases de la vie, mais aussi en fonction des conditions sociales et économiques, du milieu culturel. Dans les milieux les plus protégés, la capacité de soigner se développe moins rapidement et plus difficilement, les jeunes femmes de ces milieux n'ayant pas été confrontées très tôt dans leur vie à devoir s'occuper d'enfants comme c'est le cas dans les pays encore peu touchés par le développement industriel. Parallèlement, la nécessité « *d'être soigné* » dans la dernière phase de la vie s'est considérablement accrue dans les pays aux ressources économiques élevées, pas seulement



M.F. Collière

La fluctuation des amplitudes se chevauchant entre « *être soigné... se soigner... soigner* » est extrêmement variable. Elle dépend de l'intrication des réactions individuelles avec l'influence du milieu socio-économique et culturel, et les événements jalonnant de façon singulière le parcours de vie.

pour des raisons d'allongement de la durée de vie, mais à la faveur d'une institutionnalisation accrue de l'offre de soins et de traitements et du développement d'un professionnalisme de la « santé ».

Traiter ne peut remplacer soigner

Malheureusement, il arrive que la maladie puisse survenir soit brutalement soit précédée d'une longue phase annonciatrice de *mal-être*, de *malaise*. Elle est aussi un événement de la vie, un passage difficile qui peut, selon les circonstances, le moment, la gravité : *bien se passer... avoir du mal à se passer... mal se passer...* Elle provoque des perturbations pouvant entraîner des atteintes fonctionnelles et/ou organiques temporaires ou définitives.

Pour limiter les perturbations et les dégâts causés par la maladie, une attention plus grande est d'abord apportée aux soins de la vie quotidienne prodigués avec plus d'intensité afin de soulager, conforter, soutenir « les forces » pour combattre la maladie.

Si cela ne suffit pas, le stade suivant a été, durant des millénaires, et l'est encore souvent pour les profanes, d'essayer d'y *remédier*. Remédier signifie *pallier*, *compenser*, endiguer l'aggravation, éviter qu'elle ne franchisse un seuil de non retour. Se situant entre les soins et les traitements, *les remèdes* — mot presque disparu de notre vocabulaire, en tous les cas de celui du personnel médical et infirmier — complètent et souvent accentuent les soins. Le plus souvent issus des savoirs des soins, ils visent à ramener l'équilibre homéostatique, à retrouver « *l'harmonie*⁹ » entre les contraires : entre ce qui est forces de vie et ce qui fait obstacle à la vie.

Enfin, si en dépit de l'accentuation des soins et des remèdes, la maladie ne rétrocede pas, il devient nécessaire d'avoir recours au *traitement* de la maladie, objet de la décision et de la prescription médicale en fonction du diagnostic établi. Les traitements ont pour finalité de circonscrire la maladie, si possible de l'arrêter, au moins d'en atténuer les effets, d'en limiter les atteintes et de suppléer à la diminution ou la perte de propriétés fonctionnelles et organiques. *Les traitements ayant pour cible ce qui porte atteinte à l'organisme ne peuvent et ne sauraient en aucun cas remplacer les soins sans lesquels les capacités de vivre ne peuvent être maintenues, ni demeurer.*

Ainsi, les soins s'adressent à tout ce qui stimule les forces de vie, les réveille, les maintient. Les traitements s'adressent à la maladie et aux

dégâts qu'elle cause. Personne ne donnerait un traitement à ses plantes ou à son chien ou à son cheval sans continuer à le soigner, c'est-à-dire à leur procurer tous les soins nécessaires pour non seulement réagir favorablement au traitement, mais ne pas perdre les acquis et « retrouver des forces » pour « lutter contre le mal ». Lorsqu'il y a nécessité de traitement, on accentue les soins avec une attention encore plus grande. Ce qui est habituellement fait pour les plantes et les animaux n'est pas *significativement* assuré pour les humains : les traitements s'étant massivement substitués aux soins. Les traitements sont le plus souvent devenus prioritaires tandis que les soins sont considérés comme accessoires car exécutés comme des tâches, ils se trouvent dépossédés de leurs propriétés thérapeutiques les plus fondamentales.

À aucun moment un traitement ne peut remplacer les soins ou y être substitué. Si cela arrive pour les humains dans ces lieux improprement appelés « lieux de soins » ou institutions « sanitaires », qui sont d'abord et avant tout des lieux de traitements où les soins sont le plus souvent considérés comme mineurs, secondaires, voire accessoires, ce n'est pas sans créer de graves dommages.

On peut vivre sans traitement, on ne saurait vivre sans soins, *a fortiori* lorsqu'il y a traitement. De plus, l'abondance des traitements masque le plus souvent une carence en soins. L'utilisation inconsidérée de somnifères en est un exemple parmi d'autres.

COMPRENDRE LA NATURE DES SOINS INSTAURÉS ET DÉVELOPPÉS AUTOUR DE LA NAISSANCE... ET DE LA MORT

Comprendre ce qui a suggéré la variété des soins qui se sont élaborés autour de la naissance et de son corollaire, la mort, suppose de les resituer dans leurs différentes dimensions à partir d'une *représentation du monde qui relie l'homme à l'univers*, tel que cela s'est passé dans toutes les sociétés. De la même façon ce qui *relie le corps à l'esprit : l'anima* → le souffle de vie ne peut être dissocié du corps. Le corps est le temple de l'esprit. Cette conception animiste du monde où matière et esprit sont indissociables diffère totalement d'une conception mécaniste.

Les soins autour de la naissance, que ce soit pour la mère ou pour l'enfant, sont tous issus des *pratiques du corps* et des *pratiques ali-mentaires*¹⁰. C'est autour de ces pratiques que prendront essor une grande diversité de soins.

Les *pratiques alimentaires* ne consistent pas seulement à nourrir. Elles sont le support de la communication, de l'échange, de la découverte de l'inconnu par l'introduction progressive d'aliments diversifiés.

Les *pratiques du corps* ont pour finalité première d'éveiller, de stimuler le corps pour insérer le petit enfant au monde qui l'accueille, lui permettent de se défendre, de se tonifier, de réagir, d'éveiller ses sens.

Les soins sont transmis et prodigués essentiellement par les mains, par *le toucher*, par le contact du « corps à corps ». *Les mains* sont et demeurent le premier outil des soins :

- les mains qui apaisent...
- les mains qui stimulent...
- les mains qui relaxent...
- les mains qui tonifient...

Mais trouver sa place dans ce monde inconnu et y être sécurisé ne peut se faire sans *la voix, le chant, la parole* : parole d'éveil... parole d'appel à l'existence... parole qui nomme... parole qui berce... parole qui endort... Ces pratiques s'expriment de façon ludique, elles suscitent du plaisir, de la satisfaction, elles s'échangent dans la réciprocité d'un enrichissement mutuel.

Autour de la naissance, les soins se relayent et se complètent dans leur diversité comme ils le feront autour de l'approche de la mort, mais aussi de la maladie. La variété de leur nature dépend de leur finalité. Ainsi peut-on distinguer :

— **Les soins de stimulation.** Ils sont centrés sur *l'éveil* des capacités les plus fondamentales comme respirer, téter, sentir, entendre, regarder, afin de développer *les sens* et les capacités motrices. Ainsi de la sensation... à la perception... à la représentation... la variété des soins de stimulation crée les attentes, les désirs, l'intérêt, les réactions affectives... qui sont au point de départ de la construction de la pensée. Ils sont à la base de tous les acquis du développement psycho-moteur.

— **Les soins de « confortation »**¹¹. Curieusement, le nom n'existe pas, mais le verbe est là : *conforter* qui est différent de « reconforter ». Ce sont ces soins qui encouragent, *permettent de gagner en assurance*, favorisent le renouvellement et l'intégration de l'expérience pour qu'il y ait acquisition. Cette nécessité de confortation est indispensable pour affermir ce que l'on sent, ce qui est le cas pour de jeunes mères, de nouveaux parents pour découvrir comment s'occuper... prendre soin de leur enfant. C'est tout à fait différent du conseil qui entrave le plus souvent ce qu'une personne ressent en l'empêchant de l'exprimer. C'est également différent d'une réassurance illusoire qui masque une fausse sécurisation, telle qu'elle est

souvent pratiquée dans le milieu médical et infirmier : « Mais vous verrez, ça va aller !... », est-il fréquemment lancé en toute indifférence. Les soins de confortation supposent d'avoir identifié ce qui est à conforter.

— **Les soins d'entretien de la vie.** Ces soins qui *entretiennent* et par là *maintiennent* les capacités acquises pour faire face aux nécessités de la vie quotidienne comme manger, se laver, s'habiller, se déplacer, éliminer... etc., permettent de veiller à éviter les pertes des acquisitions réalisées à telle ou telle étape du développement en assurant leur maintien et leur renforcement. Leur carence entraîne des régressions qui peuvent être très graves, comme on a pu le connaître dans les années 1950-1965 avec « l'hospitalisme » dans les services d'enfants.

— **Les soins du paraître.** Support de la communication non verbale, ces soins contribuent à construire et valoriser l'image de soi et, par là, à faire émerger et fortifier le sentiment d'identité, mais aussi d'appartenance de groupe. La carence de ces soins entraîne une dépréciation de l'image de soi. La philosophie du mépris du corps, développée par l'Église, puis la conception organiciste de la médecine, non seulement ne les tiendront pas pour indispensables, mais les relégueront des institutions hospitalières jusqu'à une récente prise de conscience par des infirmières et des aides-soignantes de quelques services hospitaliers ou exerçant à domicile.

— **Les soins de compensation.** Ces soins visent à suppléer à ce qui n'est pas encore acquis ou ce qui n'est acquis que partiellement par les nouveau-nés, les nourrissons, les petits enfants. Les soins visant à compenser ce que l'enfant ne peut encore assurer lui-même vont en diminuant au fur et à mesure de la croissance biologique et affective. Ils redeviennent nécessaires lorsqu'il y a accident ou maladie en fonction des atteintes fonctionnelles ou des déficiences, entraînés par l'un ou l'autre. Ils deviendront prédominants en fin de vie.

— **Les soins d'apaisement.** Aussi appelés aujourd'hui « *soins de relaxation* », ces soins, connus depuis des siècles, sont toujours utilisés au sein des sociétés de tradition orale. Ils ont le plus souvent la forme de massage. Ils permettent la détente, la libération des tensions et, par là, apaisent ce qui cause turbulence, ce qui est en émoi. Ils apportent également un soulagement ou au moins une atténuation de la douleur, ainsi lors des percées dentaires du petit enfant. Ils s'accompagnent généralement de chant... de paroles apaisantes. Déconsidérés par la médecine qui, au XIX^e siècle, alla jusqu'à les condamner, ils sont à nouveau réintroduits dans des services où le personnel soignant a su retrouver les bienfaits de leur action thérapeutique, mais ils sont encore bien souvent prodigués de

façon occulte, « parallèle », ce qui ne contribue pas à faire reconnaître leurs effets bénéfiques et, par là, leur absolue nécessité.

Tels sont les soins issus de l'accompagnement des différents passages à franchir lors de la naissance et de la petite enfance. Ce sont des soins de même nature qui accompagnent le vieillissement, la mort, mais aussi la maladie. Ce qui changera, c'est l'inversion de leur prédominance en fonction de l'âge, de la gravité de la maladie, des capacités encore existantes et de celles qui sont altérées (ex. : désorientation) ou qui diminuent (ex. : diminution de la mobilité), mais aussi de l'intérêt, des motivations, des ressources socio-affectives et économiques... toutes choses influençant le devenir de chacun.

Avec le vieillissement, de même que lorsque survient la maladie aiguë, ou chronique, les soins prédominants deviennent **les soins de compensation et d'entretien de la vie**.

— **Les soins de compensation** visent à compenser les effets des pertes, l'usure occasionnant des diminutions sensori-motrices : auditives, visuelles, tactiles, motrices, mais aussi la perte du contrôle des sphincters, des propriétés de la peau, avec les conséquences que cela entraîne pour assurer les fonctions vitales.

— **Les soins d'entretien de la vie** sont complémentaires des soins de compensation. Trop souvent prodigués de façon arbitraire en raison de discernements insuffisants sur ce qu'il est indispensable de maintenir (comme évaluer ce qu'une personne peut encore assurer de sa toilette), ou de discernements erronés qui établissent de façon trop superficielle des pertes (comme c'est le cas pour ce qui est hâtivement taxé d'« incontinence »), ces soins ne peuvent atteindre leur finalité lorsqu'ils sont desaisis de ce qui les justifie et de ce qui leur donne signification par rapport à l'état de la personne à soigner.

— **Les soins de stimulation** permettent la réacquisition de capacités diminuées ou transitoirement perdues (comme après une hémiplegie..., une intervention chirurgicale..., un coma...). Ils permettent aussi l'acquisition de nouvelles capacités (comme c'est le cas après une traumatologie accidentelle).

— **Les soins de confortation** veillent à conforter, à affermir l'assurance physique, et affective, nécessaire pour maintenir les capacités qui peuvent demeurer, et reconquérir celles qui peuvent l'être. Ces soins réclament une attention particulière dans les situations où les personnes sont atteintes de maladies chroniques, comme chez les personnes âgées. Chez les unes, comme chez les autres, le manque de vigilance d'entretenir

et/ou de stimuler les capacités fonctionnelles qui leur restent risque d'entraîner un accroissement et une aggravation de leurs déficiences pouvant les conduire à l'installation irréversible d'une dépendance totale.

— **Les soins du paraître** chercheront à limiter, atténuer, la dégradation de l'image du corps, ainsi que le sentiment de déchéance que cela entraîne, occasionnant une souffrance morale qui peut parfois être plus intolérable que la souffrance physique. Ces soins sont d'une importance capitale pour maintenir le désir de communication et d'échange.

— **Les soins d'apaisement**, de soulagement de la douleur, contribuent à permettre de mieux supporter des moments très éprouvants. Ils facilitent une meilleure utilisation des ressources physico-affectives, d'atténuer la douleur et son retentissement psycho-mental. Ces soins d'apaisement ont une place prépondérante lors de pathologies particulièrement douloureuses, et auprès des mourants. Parmi les soins d'apaisement, le massage des pieds, bien connu dans de nombreuses sociétés comme en témoigne Tolstoï dans *La Mort d'Yvan Ilich*, permet d'accompagner non seulement physiquement, mais aussi symboliquement la fin du chemin de la vie¹².

Que ce soit à partir de la naissance, autour de la mort, comme à l'occasion de la maladie... d'un accident..., ou lors du vieillissement, la variété de la nature des soins est déterminée par la diversité des finalités auxquelles ces soins ont à répondre par rapport à ce qui demande d'être acquis..., développé..., réacquis..., compensé..., maintenu..., ou pour suppléer à ce qui temporairement ou définitivement fait vitalement défaut. Comme l'on peut se rendre compte, tous les soins vitaux qui, de tout temps, ont accompagné les grands passages de la vie, continuent à être d'une impérieuse nécessité, aujourd'hui comme hier. Ils ne sauraient en aucun cas être assimilés à des tâches d'hygiène, et encore moins être confondus avec des traitements. De même que lorsqu'ils sont prodigués auprès de mourants, ces soins vitaux ne sauraient être considérés comme des *soins palliatifs* ainsi que les médecins les ont dénommés de façon discréditante et erronée. C'est là une façon de déconsidérer leur nécessité irremplaçable que, de laisser croire qu'ils ne tiennent lieu que de dernier recours, lorsque les traitements sont devenus inefficaces, lorsqu'« *on ne peut plus rien...* ». *Les soins n'ont aucunement pour fonction de remplacer l'impuissance des traitements médicaux. Leur raison d'être est d'accompagner, de conforter, tout ce qui permet d'exister.* Qu'il y ait encore traitement ou qu'il n'y en ait plus, **les soins d'accompagnement de fin de vie** demeurent tout aussi vitalement indispensables.

DISCERNER ET IDENTIFIER LA NATURE DES SOINS

Expliciter, discerner, identifier, rendre accessible socialement et économiquement la *nature des soins* a été et demeure encore aujourd'hui une difficulté majeure pour le personnel infirmier, difficulté qui entrave l'identification, et par là la reconnaissance de la spécificité de sa fonction, à moins qu'il ne la confîne à celle d'un auxiliaariat médical.

En dépit d'une tentative de Florence Nightingale, audacieuse pour l'époque, s'efforçant de décrire « Qu'est-ce que soigner ? » et le faisant pour la première fois dans un écrit, le mouvement de professionnalisation amorcé à la fin du XIX^e siècle a ignoré *la nature* des soins, confiant au *rôle moral* de l'infirmière cet ensemble de soins invisibles¹³ indispensables à la vie quotidienne. N'ayant pas l'attrait des « soins techniques », ces soins dit d'« hygiène » furent relégués à des tâches dépourvues de toute finalité thérapeutique car ne se proposant plus de veiller à mobiliser les capacités de vie des patients. Pourtant, sans avoir utilisé le terme « nature des soins », Florence Nightingale, en montrant comment « soigner relève des lois de la vie (laws of life) », avait su retrouver implicitement cette conception originelle des soins centrée sur tout ce qui *éveille, réveille, stimule* les capacités à vivre. La mise à distance et le discrédit des savoirs acquis par la tradition orale et la dominance de la tutelle médicale exclusivement centrée sur la lutte contre la maladie ne pouvait donner place à une interrogation sur *la nature des soins*. Ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale que commença aux États-Unis un questionnement sur le « fondement des soins » (fundamentals of nursing), et qu'en 1965 Virginia Henderson interroge nommément pour la première fois *la nature des soins infirmiers*, nature qu'elle rattache à une réponse aux besoins fondamentaux, tels décrits à cette époque par Abraham Maslow.

LA NATURE DES SOINS INFIRMIERS, OBJET DE CONFUSION

La conception de la formation visant à façonner L'INFIRMIÈRE-soin¹⁴ et à la préparer à devenir une auxiliaire médicale par l'acquisition valorisante de techniques indispensables à l'exécution des ordres médicaux a rendu évasive la nature des soins jusqu'à la fin du XX^e siècle, masquant l'identité de la fonction soignante. Cet héritage du passé se traduit aujourd'hui par la confusion qui demeure, attribuant la nature des soins :

— aux qualités requises de l'infirmière pour ce qui relève encore du « devoir », de « la conscience professionnelle » ou ce « qui est attendu de l'infirmière », au regard de ce qui réclame une compétence technique, opposant « soins techniques » aux soins « *allant de soi* », invisibles, non cernables... ;

— à des obligations vitales reléguées sous l'appellation générique de « l'hygiène », pour déterminer « les soins d'hygiène » opposés aux « soins techniques » et progressivement relégués en tâches « d'hygiène », le plus souvent déconnectées de toute finalité de *soins*, au sens d'*aider à vivre*, de mobiliser les capacités de vie ;

— au support des soins, au moyen, au véhicule utilisé pour prodiguer les soins, ce moyen marquant la différence, allant jusqu'à les opposer entre « soins techniques » et « soins relationnels », au lieu de les envisager dans leur complémentarité, tandis que selon les services les uns sont valorisés aux dépens des autres, et inversement ;

— à ce qui est rationnel, scientifique, mesurable, engageant une technicité accrue pour procéder à la préparation des examens et la mise en œuvre des traitements médicaux assurés par les « soins techniques » opposés aux soins dits « de qualité », qualité demeurant dans un flou proche du mythe tant qu'elle échappe à toute explicitation.

Tout ceci ne représente aucunement la nature des soins, mais une façon didactique de désigner ce qui est cernable de l'activité infirmière auprès des malades, clivant en deux et opposant dans une dichotomie radicale ce qui relève de tel ou tel moyen, de tel ou tel support, ou entre ce qui est facilement identifiable ou flou, ce qui valorise la compétence (technique) ou passe inaperçu, tout en entretenant la confusion entre « soins » et traitements, la désignation de « soins » étant fallacieusement attribuée aux traitements, rendant très difficile d'identifier et de faire reconnaître ce qui relève réellement du domaine des soins.

Par ailleurs, depuis la diffusion des « Principes fondamentaux des soins infirmiers » (1960), alors que Virginia Henderson, sentant la nécessité d'interroger la nature des soins, avait fait une avancée, non pas tant sur la nature des soins mais sur la nature des besoins susceptibles de requérir l'apport des soins, la nature des soins s'est vue assimilée aux besoins fondamentaux, établissant une confusion entre *besoins* et *soins*, confusion aggravée par la déclinaison systématique des besoins enfermés dans une grille proposée en « modèle pour infirmière ».

L'étape ultérieure se dessina en 1973 avec l'établissement par l'Association nord-américaine pour le diagnostic infirmier (NANDA) d'un « système de classification d'étiquettes diagnostiques »¹⁵. On peut se

demander quels liens peuvent exister entre ces catalogues de *ready made* diagnostics, d'« étiquettes diagnostiques » selon l'expression de L. Carpenito, et le discernement de la nature des soins à envisager en fonction de la variété et de la complexité des situations ? Est-il possible de soumettre la nature des soins à une typologie taxinomique ? ce qui, encore une fois, apparaît des plus réducteur.

RETROUVER ET IDENTIFIER LA NATURE DES SOINS

Il restera toujours difficile, sinon impossible de faire reconnaître socialement et économiquement ces soins invisibles, qui ne relèvent aucunement des traitements, sans pouvoir expliciter *leur nature*. Par **nature des soins**, il revient d'entendre **ce qui caractérise le ou les genre(s) de soins à apporter ou à mettre en œuvre en rapport avec la ou les finalité(s) qu'ils se proposent d'atteindre**.

Cela suppose, en premier lieu, que l'on cesse de parler « *du soin* » au singulier : « *le* » soin désignant un concept vague et généralisable à merci, échappant à toute précision inférant aux situations. Le singulier constamment utilisé de façon abstraite dans les lieux de formation fige toute interrogation sur ce qui *varie* dans la nature des soins en fonction des différentes finalités à assurer. C'est toute la différence avec une tâche globale comme une toilette, et ce que l'on se propose d'atteindre en faisant une toilette.

Retrouver la nature des soins, c'est retrouver ce qui de la naissance à la mort a suscité de tout temps et dans toutes les sociétés des soins qui loin d'être uniformes et systématiques, s'efforçaient en fonction de la diversité des moyens de mobiliser les capacités de vivre, tout en s'attachant à compenser physiologiquement et psycho-affectivement ce qui n'était pas encore acquis ou qui était perdu. En ce sens, je tiens pour fondamental de pouvoir clarifier la nature des soins aux malades comme aux bien portants (mères, nourrissons...) en retrouvant ce qui dès la naissance a toujours fondé la variété des soins, tout autant que lors de l'accompagnement de la mort (et de ses prémices : le vieillissement) : ces soins que sont **les soins de stimulation, les soins de confortation, d'entretien de la vie...** (voir p. 186-189).

Désigner les soins en fonction de leur finalité permet de clarifier ce que l'on se propose d'atteindre. Ainsi, *stimuler* un enfant à découvrir un aliment qu'il ne connaît pas encore diffère de *conforter* ce qu'il sait déjà

reconnaître et de *compenser* ce qu'il ne peut encore assumer comme manger à la cuillère. Il en est de même pour des malades : identifier la nature des soins à leur prodiguer au lieu d'invoquer « la qualité » permet d'expliquer ce qu'on cherche à atteindre en fonction des constatations observées. Par exemple, il est beaucoup plus satisfaisant, tant par rapport au malade et à sa famille qu'auprès des organismes payeurs, de clarifier ce que l'on se propose d'atteindre par une toilette à une personne ayant une hémiplegie en *stimulant* quelle capacité à restaurer pour qu'il puisse à nouveau s'habiller..., en *confortant* quelle capacité de préhension partiellement retrouvée..., en *compensant* quelle fonction de mobilité encore déficiente... Cela permet d'élucider et de désigner nommément ce que les soins se proposent d'atteindre ainsi que d'en évaluer les effets dans la durée.

Toutefois, la nature des soins à prodiguer ne saurait être déterminée au hasard. Cela requiert d'apprendre à tirer parti de ce que l'on a observé et écouté afin d'arriver à décrire, identifier, discerner *les manifestations indiquant les capacités à éveiller, développer, ou les déficiences affectant les fonctions biologiques ou/et psychosociales, les atteintes ou/et les diminutions fonctionnelles et les perturbations affectives qui demandent à être soulagées... compensées...* Ce discernement réclame une analyse fine et rigoureuse dans sa précision (ce qui n'a rien à voir avec un systématisme rigide), en tenant pour fondamental le fait qu'il s'agisse d'un **homme** ou d'une **femme** (d'une **petite fille** ou d'un **petit garçon**) ainsi que les incidences déterminantes liées à l'**âge**. Selon les manifestations constatées de ce qui demande à être acquis... développé... réacquis... compensé... maintenu..., mais aussi en fonction de l'expression ou non des désirs, des attentes, des aspirations, la nature des soins à mettre en œuvre aura des dimensions à la fois physiobiologiques et socio-affectives, les unes ne pouvant prévaloir sur les autres, et inversement, mais pouvant, suivant les situations être plus prioritaires, plus intenses. Par ailleurs, aucune finalité déterminant la nature de tel ou tel genre de soins à prodiguer ne peut être considérée isolément mais demande à être appréhendée en *complémentarité* avec les autres, car aucun de ces différents genres de soins ne peut avoir de raison d'être sans *relier* ce qui motive d'y avoir recours en tenant compte à la fois du vécu de la personne et de la répercussion des différentes déficiences, comme des possibilités qu'offrent les diverses ressources personnelles et de l'entourage.

*Ce discernement de ce qui est à prendre en compte pour déterminer la nature des soins représente le **diagnostic** sur lequel se fonde la **décision de la nature des soins** à assurer, en relation avec la ou les finalités à*

poursuivre. Ce diagnostic, établi à partir du bilan de la situation, bilan qui ne saurait être figé dans le temps, sert de base à l'estimation des effets thérapeutiques des soins, en fonction de la gravité, et de ce qui est à prendre en compte temporairement ou définitivement. La précision de ce discernement et de ce que l'on cherche à atteindre par les soins est source de motivation et d'intérêt tant pour les patients et leurs familles, que pour les soignants, de même qu'en élucidant les conséquences de la maladie sur ce qui affecte la vie des malades ce **diagnostic de soins** permet d'avoir un dialogue en partenariat avec les médecins et de clarifier les incidences économiques des soins (comme il nous est possible d'en témoigner dans le domaine des soins à domicile).

Il appartient à la fonction infirmière d'élaborer, non à partir d'une typologie classificatoire mais à partir d'une élucidation reposant sur la dynamique d'une pensée constructive qui ne craint pas d'aller vers l'inconnu de l'autre, ce **diagnostic des soins vitaux** à assurer lorsqu'une personne pour raison de maladie..., d'accident..., de vieillissement..., de détresse... n'est plus dans la possibilité de SE SOIGNER.

SOIGNER...

→ accompagner les moments difficiles de la vie...

→ permettre de passer un seuil, de franchir une étape...

Faut-il pouvoir le vivre... Faut-il oser le faire reconnaître

SOIGNER... OUI, MAIS FAUT-IL POUVOIR LE VIVRE

Ceci se pose pour celles et ceux qui ont pour métier de soigner, comme c'est aussi le cas pour les familles que les soignants ont si souvent à accompagner dans leurs difficultés... dans leur détresse, lors de certains passages difficiles... de moments de crise.

Plusieurs aspects interfèrent qui, rarement pris en compte, demeurent le plus souvent négligés quand ce n'est pas délibérément ignorés. Pouvoir assurer de soigner les autres ne relève pas de l'idéologie ou de la sublimation comme on l'a trop longtemps diligemment laissé croire.

Les difficultés majeures que rencontrent les soignants et qui, là aussi, sont à considérer en interrelation, sont :

— Les difficultés liées à *la dimension du temps*. Les soins sont inscrits dans *la dynamique du temps*, dimension interférant constamment et pourtant si méconnue. Elle n'est ressentie que sous forme d'une oppression permanente de « manque de temps »... « pas le temps »..., mais elle n'est

pas prise en compte pour autant avec la confrontation à la durée : durée d'un état grave..., durée de la maladie dans son rapport à l'âge où elle intervient ainsi qu'avec la résonance affective pour la famille, pour les soignants... durée de la chronicisation.

Assurer de soigner dans la *durée*, scandée de *rythmes* de travail très exigeants avec des *moments* d'une extrême intensité, ne va pas de soi. Ce qu'on peut vivre trois heures, trois jours, voire trois semaines devient très difficile à vivre trois mois, trois années. Les difficultés rencontrées par les soignants toujours confrontés à un temps découpé, saccadé, sont d'autant plus grandes que formés à répondre aux situations dans « l'ici et maintenant », ils ne maîtrisent pas du tout ou rarement la *lecture du temps* qui demeure le plus souvent pour eux un temps qui les écrase, sans avoir de prise sur la façon dont se joue cette dynamique du temps¹⁶.

— Les difficultés liées au *nombre*. S'il est déjà beaucoup plus complexe de soigner plusieurs personnes qu'une seule, les difficultés sont accrues par les compressions de personnel, trompeusement désignées par « pénurie ». Les difficultés liées au nombre renforcent un centrage sur les tâches rendant difficile voire impossible l'élaboration et la mise en œuvre de projets de soins. Elles entraînent une insuffisance de coordination, un manque de disponibilité, un épuisement latent occasionnant une usure pouvant aller jusqu'au « burn out ».

— *L'insuffisance de connaissances diversifiées* venant enrichir l'expérience. La formation est de plus en plus centrée sur des procédures, des théories à *appliquer*, des marches à suivre. Elle initie peu à apprendre, à regarder et découvrir le grand livre de la vie, et à savoir confronter ce que l'on découvre à l'éclairage de connaissances variées permettant le questionnement et la compréhension. La plus grande carence de connaissances continue de concerner tout ce qui touche aux grandes caractéristiques des « systèmes vivants » venant éclairer la dynamique des phénomènes de vie et de mort dans leur réciprocité. Or, *soigner se situe au carrefour de ce qui fait vivre et de ce qui fait mourir*, aussi les connaissances fondamentales sur l'énergie, les dimensions que représentent l'espace et le temps ainsi que leur interrelation, le stress de la vie, les grands passages de la vie et les rites de passages, le schéma corporel et l'image du corps... etc., ces connaissances, extrêmement vastes, sont indispensables pour éclairer et enrichir ce qui est appris par expérience, et permettre l'élaboration de savoirs utilisables dans la diversité des situations de soins.

— *L'insuffisance de ressourcement, de réénergétisation des soignants. Soigner, c'est communiquer de la vie.* Peut-on communiquer de la vie si l'on perd la sienne ?

Les infirmières/infirmiers souffrent d'un manque de ressourcement affectif, émotionnel, mais aussi physique, intellectuel, spirituel. Les soignants ont aussi besoin de soins, de ces soins vitaux qu'ils ne peuvent prodiguer aux autres sans pouvoir restaurer leurs forces, exprimer leurs émotions, leurs préoccupations, enrichir leurs connaissances. Sans ce ressourcement, faisant parti des conditions indispensables à leur travail, les soignants ne peuvent trouver à survivre que par l'agressivité ou la fuite qui, dans le milieu professionnel, sont « analysées » en terme d'attitude et de comportement, à défaut de prendre conscience de ce qui incite de telles réactions de survie.

— *La prédominance des examens médicaux et des traitements* aux dépens des soins avec lesquels ils sont constamment confondus. Dans l'institution hospitalière et dans l'ensemble du système de santé, la priorité accordée aux traitements pour se rendre maître de la maladie relègue les soins comme accessoires, comme allant de soi, continue à les minorer et à les discréditer et, par le fait même, à dévaloriser celles et ceux qui les prodigent¹⁷.

— *La gestion organisationnelle des soins* et des traitements continuant le plus souvent d'être considérée isolément. Le travail à la tâche — même s'il y a des tâches regroupées — continue à prédominer. Les divisions entre « soins courts et soins longs » (dont une partie consiste en une surveillance de traitement), entre soins relationnels et soins techniques, divisions dissociées de tout projet finalisé, sont les reflets des formes modernes d'organisation de ces tâches où le tissu interstitiel, c'est-à-dire ce qui les relie, et leur donne sens, fait gravement défaut.

— *La non-estimation économique des soins*. Dans ce domaine, tout est biaisé. D'une part, on ne peut considérer « l'économie » en ne prenant en compte que le seul financement, *a fortiori* quand on n'étudie que les coûts sans avoir d'estimation des *incidences économiques dans la durée*. Ce qui est le cas pour les soins comme pour les traitements. Pour le moment, il n'y a pas (sauf rares exceptions¹⁸) d'estimation économique de l'apport et des effets des soins dans la durée, et encore moins de leurs incidences pour les personnes soignées et pour les soignants. L'estimation économique des effets des soins et de leurs incidences ne peut se faire que s'il y a discernement de la nature des soins à prodiguer en fonction de ce que révèlent les situations des personnes à soigner (p. 221).

SOIGNER... FAUT-IL POUVOIR ET OSER LE FAIRE RECONNAÎTRE

L'ambiguïté entretenue tant par les médecins qu'au sein des institutions sanitaires en continuant à qualifier les traitements de « soins » au point qu'on en arrive à masquer l'inexistence des soins ou leur carence dans les lieux-dits « de soins », ou la place très précaire qui leur est concédée, le plus souvent de façon arbitraire, aboutit à reléguer durablement les soins comme secondaires et accessoires au point de les considérer comme des charges encombrantes et dévalorisantes, voire inutiles. Cette confusion persistante laisse entendre que les patients reçoivent des soins or, ils reçoivent pour leur maladie le/les traitements qu'elle suscite sans pour autant bénéficier des soins indispensables à leur état. La méprise peut aller jusqu'à les considérer « victimes des soins »¹⁹ lorsqu'ils ont à endurer l'agressivité des traitements alors que de fait ils sont victimes d'une carence en soins, particulièrement lorsque les soins font totalement défaut pour accompagner nombre d'explorations et de traitements douloureux et agressifs. Ainsi, non seulement les soins qui demandent d'être assurés au quotidien continuent à connaître déconsidération et mépris (au point de faire gravement défaut) de la part de nombreux médecins, d'administrateurs et de responsables politiques, mais plus grave, le public, de plus en plus magnétisé par l'aura des conquêtes biomédicales et l'euphorie des technologies de pointe telle le mirage des thérapies géniques, ne se sent pas concerné par ces soins indispensables à la vie quotidienne à moins d'avoir été soi-même frappé par l'épreuve de la maladie ou de la découvrir par ses proches. Il est à regretter que les écrits biographiques des malades ou des familles témoignant de cette carence des soins, ou de la difficulté pour les soignants de les donner ou pour les malades de pouvoir les recevoir, n'ait pas encore réussi à ébranler le peu de considération que l'opinion publique accorde à ces soins indispensables pour ressourcer les forces biophysiques et affectives qui permettent de faire face à la maladie et de continuer à EXISTER. De même que, bien qu'étant de remarquables sources de questionnement et de réflexion sur ce qui est attendu des soins et le *vécu* des soins, ces ouvrages témoignant du vécu des patients et des familles sont très rarement utilisés dans les lieux de formation, et encore moins dans les instituts de cadres de santé, pour alimenter et nourrir les connaissances sur les ressentis et les attendus vis-à-vis des soins et sur ce qu'ils peuvent permettre. Ne sont pas plus donnés à lire et à étudier les écrits-témoignages de soignants. Sauf exception, ces

ouvrages ne sont guère utilisés davantage dans les services qui demeurent imprégnés de ce que la formation a inculqué comme référence de lecture « professionnelle ».

Outre la peur intrinsèque du public de s'intéresser à ce que représente *soigner* lorsqu'on n'est pas malade (« soins » signifiant « maladie »), à moins que ce soit aux traitements désignés en « soins » affirmant chaque jour davantage leur victoire sur la maladie, demeure l'illusion que les soins vitaux indispensables à la vie quotidienne ne réclament ni compétence professionnelle, ni savoir particulier. Or, *soigner, c'est créer au quotidien* : c'est une création toujours renouvelée qui exige une grande attention et une fine analyse réclamant de nombreuses connaissances diversifiées pour savoir lire et décoder le grand livre de la vie... des vies..., savoir utiliser ce que l'on en apprend, et faire preuve d'une réelle inventivité dans les choses apparemment les plus banales. Alors, comment permettre à ceux qui en sont distants, voire s'en désintéressent, de *se représenter* ce que signifie **prendre soin** de personnes malades ou accidentées... ou bien de personnes âgées... ?

C'est cette *représentation* des soins qu'il est nécessaire de traduire en *images* à l'aide d'exemples argumentés pour permettre aussi bien à des médecins qu'à des administrateurs tout autant qu'à des élus de se représenter en quoi consistent les soins à apporter à une personne atteinte d'une hémiplégie (selon qu'il est *homme* ou *femme*)... ou bien auprès d'un jeune diabétique... ou encore d'une jeune mère de famille atteinte d'un cancer du sein... La possibilité de *se représenter* en quoi consistent les soins favorise un changement d'attitude vis-à-vis de ce domaine méconnu, sinon inconnu du public, mais aussi au sein des institutions dites « de soins ». Or, comme on a pu le voir, expliciter l'apport vital et thérapeutique des soins demeure une difficulté majeure pour les infirmières d'abord en raison du langage minimisant, hérité du passé des femmes, qu'elles emploient sans même s'en rendre compte pour parler de ce qu'elles font comme de quelque chose d'anodin, se retranchant souvent derrière moult « *ne... que* ». Par ailleurs, pour donner plus de crédibilité à leur travail, infirmières et infirmiers n'ont encore le plus souvent recours qu'aux listes d'actes nomenclaturés (AMI et AIS) pour ce qui concerne le domicile, ou qu'à des grilles d'analyse systématique de charge de travail dissociant soins « techniques » et « soins relationnels », et/ou encore en se référant de façon idéologique à la « qualité » qui demeure le plus souvent insaisissable. La faiblesse ou la précarité de l'argumentation contribue à la dépréciation des soins et par là même au sentiment de découragement et de

dévalorisation des infirmières/ers et du personnel soignant qui s'efforcent de prodiguer des soins porteurs de vie.

Préciser ce que représente les soins en arrivant à expliciter, nommer, argumenter ce qu'ils se proposent d'atteindre en fonction des finalités recherchées en clarifiant leur **nature** au regard de ces finalités apporte un atout certain pour faire apparaître leurs effets thérapeutiques et leurs incidences socio-économiques. Toutefois, faire reconnaître l'indispensabilité des soins en deçà et au-delà des traitements ne relève pas que d'une insuffisance de compétence à élucider et à argumenter les situations de soins.

Faut-il encore oser les faire reconnaître.

Ceci suppose de dépasser une certaine fatalité qui laisse entendre que cela relève de l'indicible. Mais, obstacle beaucoup plus important, cela requiert de franchir les tabous solidement ancrés au cours de l'histoire des mentalités fustigeant le corps du péché, le corps méprisable, faisant porter à celles et ceux qui s'en occupent par nécessité le poids de l'indifférence, voire du discrédit.

On pourrait penser qu'en devenant cadre infirmier on utilise sa compétence pour développer les soins et accompagner les infirmières/infirmiers et les soignants qui sont affrontés à la réalité quotidienne. Trop souvent, il n'en est rien tant les cadres infirmiers se distancient des soins, comme s'ils voulaient se démarquer de ce qui fonde l'exercice professionnel. Parfois, ils y sont d'ailleurs encouragés dans les lieux de formation cadre et supérieure où l'accent est mis sur le management et la gestion de l'institution aux dépens de l'enrichissement des soins et du soutien indispensable à apporter aux infirmières/ers et aides-soignantes des services afin qu'ils ne s'épuisent pas, trouvent à se ressourcer et à nourrir leur intérêt et puissent avoir des conditions de travail qui leur permettent de prendre soin des autres sans que ce soit au détriment de leur propre vie.

Oser faire reconnaître l'apport irremplaçable des soins exige du courage, c'est vrai. Car, c'est aller à l'encontre du rôle et de la place institutionnellement assignés aux infirmières/infirmiers durant des décennies. Cela requiert d'oser se positionner par rapport aux intérêts, aux enjeux, aux dilemmes socio-économiques qui se jouent aux dépens des usagers des soins et des soignants. La crainte et la peur d'oser dire sont encore tenaces. La loi du silence prévaut le plus souvent. Oser transgresser l'ordre institutionnel est plus difficile aux cadres car monter en hiérarchie c'est bien souvent faire corps avec cet ordre, surtout si l'enjeu professionnel est peu explicité et peu mobilisateur. Pourtant, il nous appartient d'être

garants des soins, de ces soins qui permettent d'aider à exister et à dépasser les détresses. Il nous appartient de témoigner que toute société qui déconsidère, méprise, relègue les soins est une société menacée par la violence, la torture, les atteintes graves à la vie, et cela peut arriver au sein même des institutions.

Soigner se situe au carrefour de ce qui permet de vivre et de ce qui est en train de mourir...

Soigner :

- c'est permettre de naître... et renaître à la vie, de vivre sa mort
- c'est retrouver la dimension symbolique des soins → le sens du sacré :
ce qui donne sens à la vie dans son insertion sociale
- c'est permettre de passer... dépasser... trépasser...

Les soignants sont des passeurs...

Cela demande de *créer au quotidien* en tenant compte de la dynamique du temps et de l'espace, mais c'est aussi recréer : compenser des pertes, atténuer l'usure.

Cela réclame d'apprendre et être déterminé à faire reconnaître l'apport irremplaçable des soins, leur valeur sociale et économique en pouvant expliciter leur raison et leurs effets. Ceci exige d'**oser le faire**.

Notes

1. Frijof Capra, *Le Tao de la physique*, Paris, Tchou, 1975, p. 246-249.
2. « Les Trois Cloches », paroles et musique de Jean Villard, Les Nouvelles Éditions Méridian, 1945. Interprètes : Édith Piaf, les Compagnons de la Chanson. Les deux strophes suivantes évoquent le passage de l'union conjugale, puis celui de la mort, accompagnés de leurs rites : le mariage, les funérailles. La chanson, comme les sagesses populaires, peut contribuer à faire retrouver des aspects fondamentaux du sens des soins en révélant le sens de la vie dans ses manifestations apparemment les plus banales.
3. Arnold Van Gennep, *Les Rites de passage*, Paris, Picard, réédition 1981, p. 3-4
4. Ne sont cités ici que les travaux fondamentaux ayant apporté un éclairage majeur aux différentes dimensions que revêt la notion de passage, reprise également par Pierre Bourdieu, par rapport à ses effets institutionnels, in *Ce que parler veut dire*, Paris, Fayard, 1982, p. 121-124.
5. François Laplantine, *Les Cinquante mots-clés de l'anthropologie*, Paris, Privat, 1974, voir « Sacré », p. 164-169 et « Rite », p. 161-163. Il n'est pas possible d'aborder ici l'ensemble des rites développés autour de la naissance et la mort, ainsi que tous ces rites pouvant accompagner tel ou tel passage de la vie. Voir A. Van Gennep, *Manuel de folklore*

français contemporain, 1 : Naissance, baptême, fiançailles ; 2. Mariage, funérailles, Paris, Grands Manuels, Picard, réédité en 1980 et 1981. Les rites se sont créés autour des passages, des seuils majeurs de la vie. C'est la notion de passage et les caractéristiques qui sont propres au passage qui génèrent les rites. On ne peut comprendre la nature d'un rite de passage que si l'on comprend la nature du passage et de ses séquences.

6. C'est là le témoignage des « femmes-qui-aident » de Minot, recueilli en 1977-1978 par Yvonne Verdier, remarquablement transcrit et analysé dans *Façons de dire, façons de faire, la laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard, 1979, p. 106.

7. *Ibid.*, p. 107.

8. Le mépris du corps, développé par les Pères de l'Église au sein du christianisme, amena à dissocier la naissance, considérée comme vile et abjecte, de la mort où l'âme quitte cette enveloppe charnelle, impure, en proie au péché, pour aller vers le salut, vers la vie éternelle qui est celle du règne de l'Esprit de Dieu et des purs esprits dont les corps seront glorifiés. Cette conception imprégnera toute la médecine occidentale.

Avec les femmes consacrées débutera la séparation entre les soins autour de la naissance et les soins aux mourants. Non seulement les religieuses ne peuvent pas mettre au monde, mais il leur est interdit de s'occuper des femmes en couche, comme le rappelle Vincent de Paul : « *Ne point aller aux femmes qui sont en travail d'enfant ; cela n'est pas à propos pour vous, cela peut donner mille mauvaises pensées (...)* ». Seules les matrones se chargent de s'occuper de « *ces naissances viles et vulgaires* » (Bossuet), mais dont les pratiques et les savoirs font si peur qu'elles seront mises en tutelle par l'Église, puis à la suite de l'Église par les médecins. Cette rupture entre les soins à l'orée de la vie et les soins au terme de la vie a accru la peur de la mort (comme ont pu le montrer Philippe Ariès, Jean Delumeau) et, de là, a contribué à fortifier l'orientation d'une médecine centrée sur la lutte contre la mort, sur ce qui altère la vie, sur ce qui la menace ou risque de la tuer au détriment de tout ce qui redonne souffle, élan, stimulation, et par là en négligeant, voire en annihilant, les capacités de vie encore existantes jusqu'au seuil de la mort. Cette dissociation entre les soins autour de la naissance et les soins aux mourants s'est confirmée dans les écoles où il y a fréquemment un vécu anachronique (qui peut laisser de graves séquelles) dans la formation des soignants à qui l'on fait faire des stages auprès de personnes âgées et qui — souvent pour la première fois — se trouvent au contact de mourants sans avoir découvert les soins qui entourent la venue au monde.

9. « L'harmonie », terme qu'utilisent les Chinois, indique cette nécessité de rapprocher les contraires, de tenir compte de leur influence réciproque dans leur interaction. Comme l'équilibre, elle est toujours fluctuante, se cherchant dans un mouvement de va-et-vient continu.

10. Ces termes « *pratiques du corps* », « *pratiques alimentaires* » sont ceux utilisés par les anthropologues. Marcel Mauss parle de « *techniques du corps* », au sens de façons de faire chargées de savoirs. Ce mot « *pratique* » n'est aucunement dévalorisé comme c'est le cas dans le milieu professionnel infirmier auquel l'instruction, instillée par les manuels des XIX^e et XX^e siècles, a fait miroiter la supériorité de la théorie — qui traduisait la supériorité d'un écrit, fût-il réduit à un précepte et à une règle de conduite par rapport à un savoir transmis par la tradition orale. Il n'est pas possible de développer ici ces deux pratiques fondamentales. Voir Marie-Françoise Collière, « Origine et évolution des pratiques de soins. Leur influence sur les soins infirmiers », in *L'Univers de la profession infirmière*, Paris, Presses de Lutèce, 1991, p. 16-23.

11. « Conforter » est très différent de « réassurer », au sens où ce terme (réassurer) donne une illusion de sécurité, comme ceci est souvent pratiqué par le personnel médical et infir-

mier, comme : « Mais vous verrez, ça va bien aller ! » alors qu'on sait parfaitement que cela ne peut pas « bien aller », ou qu'on laisse la personne démunie sans chercher avec elle sur quoi on se base pour que ce qui fait difficulté puisse être dépassé ou atténué. Conforter est chercher à affermir ce qu'une personne peut faire en l'encourageant, en lui faisant apparaître ce qu'elle a gagné ou les acquisitions qu'elle a encore.

12. Les massages d'apaisement, de soulagement de la douleur s'accompagnent souvent de ce qu'on appelle aujourd'hui « visualisation positive », qui est connue depuis des temps très reculés.

13. Par soins invisibles, il faut entendre tout ce qui *allant de soi* continue d'être laissé à la bonne volonté infirmière ou à l'arbitraire suivant les conditions de travail, de sympathie, de classe sociale des malades..., ou bien des soins délibérément prodigués au prix d'un épuisement infirmier car n'étant pas reconnus comme indispensables puisqu'ils ne relèvent pas des traitements. L'article que j'ai publié à ce sujet en 1986 : « *Invisible care and invisible women as health care-providers* » a connu bien des échos.

14. Voir : « *Identité infirmière : du mythe au rêve... à la réalité... ?* » p. 89-104.

15. L. J. Carpenito, *Diagnostic infirmier. Du concept à la pratique clinique*. Montréal MEDSI/Mc GRAW-HILL, 2^e édition française, 1989-1990, p. 6.

16. Il n'est pas possible de développer ici les différents aspects de la dimension du temps qui interagissent dans les situations de la vie, donc de soins. Leur élucidation permet d'aborder de manière tout à fait différente les situations de soins, et d'avoir une bien meilleure possibilité d'agir sur les facteurs stressants. Pour le moment, cette dimension cachée demeure le plus souvent occulte et, ce faisant, rend plus difficile le travail des soignants.

17. Voir à ce sujet « L'Humanisme sacrifié » de David Le Breton, paru depuis cette conférence, mais qui confirme son propos, in *Le Monde de l'Education*, avril 1995, p. 48-51.

18. L'estimation économique n'a rien à voir avec un calcul de coût. Des infirmières de soins à domicile, comme Michèle Pohier (voir *Notre santé, une école de vie*, Lyon, Chronique Sociale, 1990), ont pu donner la preuve de l'intérêt de cette estimation qui ne consiste aucunement en un coût d'actes additionnés. A l'hôpital, quelques infirmières responsables d'unité de soins ont aussi pu justifier de leur travail en faisant valoir les effets et les incidences économiques. Malheureusement, ces analyses qui fournissent aux administrateurs financiers des faits tangibles sont encore tout à fait rares dans le milieu infirmier.

19. « Un malentendu majeur » : « le patient comme *victime* des soins », telle est l'équivoque à laquelle Marie-Christine Pouchelle faisait allusion dans son article : « Les ressentis des patients hospitalisés et leurs enjeux ». in *Perspective soignante*, n° 4, avril 1999, p. 19. Malentendu dont j'ai explicité l'équivoque in *Perspective soignante*, n° 5, septembre 1999, p. 154-157.

Vers un exercice infirmier reconnu*

Plus on avance dans la professionnalisation des soins infirmiers, plus la nécessité se fait sentir pour les soignants de se situer dans le monde du travail dans lequel ils évoluent. Faut-il parler de métier ou de profession ? De quel héritage les soins infirmiers peuvent-ils se prévaloir à cet égard ? Quel est le sens réel des soins ? Dans la première partie de cet article, il est rappelé quel était l'héritage de la profession infirmière et quelles étaient les caractéristiques fondamentales de cette dernière. Connaître la nature des soins, identifier les domaines de décision et d'initiative de l'exercice infirmier, savoir quand et comment les soignants ont à intervenir dans la vie des gens : tels sont les points déterminants. Dans la seconde partie, il est question surtout des conditions nécessaires à une évolution qui devrait aboutir à une reconnaissance réelle de l'exercice infirmier.

À l'heure où se construit l'avenir de l'Europe, où l'on proclame : « la santé pour tous en l'an 2000 », en invoquant qu'il revient prioritairement aux infirmières et infirmiers d'en être les maîtres-artisans, il demeure qu'en cette fin de xx^e siècle l'exercice infirmier est toujours aussi peu reconnu. Que cela ait trait à la légitimité de la décision professionnelle qu'il exige, à la méconnaissance des bénéfices socio-économiques qu'il produit, ou aux conditions de travail qui lui sont indispensables, l'exercice infirmier rencontre des obstacles écrasants, au point de faire renoncer à leur pratique des cohortes entières d'infirmières/infirmiers, et de laisser les autres se débattre dans des situations souvent inextricables.

* Cet article a été rédigé à la suite d'une conférence donnée à l'Institut Gulbenkian de Lisbonne, dans le cadre d'une Conférence internationale se déroulant du 15 au 18 février 1990 sur « L'Autonomie de la profession infirmière », à l'invitation de Maria-Augusta Sousa, présidente du Syndicat des infirmières portugaises, syndicat professionnel auquel sont affiliés 85 % des infirmiers et infirmières. Après sa publication au Portugal, cet article fut publié en France et dans plusieurs pays étrangers.

En 1974, deux femmes enseignant à l'Université de New York, et participant activement au mouvement pour la santé en y analysant la place des femmes, ont publié une brochure qui fit grand bruit : « Sorcières, sages-femmes, et infirmières » dont voici un extrait :

Les infirmières, quelle que soit leur place hiérarchique, ne sont que les exécutantes ancillaires (du latin *ancilla* = servante) des médecins. Depuis l'aide-soignante assignée à des activités serviles avec une précision toute industrielle, jusqu'à l'infirmière en chef, qui traduit les ordres du médecin en tâches à exécuter par l'aide-soignante ou l'infirmière, le statut commun à toutes les infirmières est celui d'une main-d'œuvre féminine subordonnée au pouvoir d'hommes qui ont érigé la médecine en profession¹.

Ce passage est une illustration de l'état dans lequel est demeurée la profession infirmière, y compris aux États-Unis, et ceci après 75 années de formation universitaire pour les infirmières de ce pays... Cela laisse à penser !... mais aussi fait apparaître la nécessité de retrouver les racines de notre histoire et de nous les réapproprier pour exercer une influence et maîtriser aujourd'hui les situations engendrées par ce qui nous fut dérobé dans le passé.

Si le malaise infirmier se manifeste dans différents pays de la société occidentale — tant en Europe du Nord, et du Sud, qu'aux États-Unis et au Canada, en attendant qu'il s'exprime à l'Est... —, il devient péremptoire pour la profession infirmière de secouer le joug de la dépendance à laquelle elle a été contrainte bien antérieurement à ce qui lui a donné naissance à la fin du XIX^e siècle, puisqu'elle est un rameau du passé des femmes soignantes : ces femmes soignantes dont différentes hiérarchies institutionnelles, qu'elles soient d'Église, du corps médical ou de l'administration hospitalière, ont décidé de la mise en tutelle de l'exercice de leurs soins *en s'appropriant le droit de décider ce qu'elles devaient faire et comment elles devaient le faire*. En déterminant leur conduite et leur rôle², ces hiérarchies de tutelle ont assigné aux infirmières leur place sociale : celle d'être et de demeurer *auxiliaire médicale*. En les confinant à être l'« aide » du médecin, mot très policé, pour ne pas dire leur servante, ou leur bonne³, fut détournée au profit du médecin la raison d'être des gardes-malades et des infirmières, à savoir :

— offrir une aide et un accompagnement lors des crises ou des passages jalonnant les grandes étapes de la vie allant de la naissance à la mort ;

— apporter une aide aux personnes malades, handicapées ou âgées, visant à compenser ce qu'elles ne peuvent plus assurer par elles-mêmes,

à les soulager, à conforter ce qui donne sens à leur vie en misant sur les capacités physiques, psycho-affectives et sociales, qui leur restent.

DILEMMES DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

« *Métier ?* » ou « *profession ?* » entend-on dire parfois. Le plus souvent les infirmières se défendent d'avoir un métier parce qu'elles pensent que cela les rabaisse, n'est pas honorable, est dépourvu d'idéal, *a fortiori* d'idéologie sublimante : particulièrement celle de « faire du bien aux autres ».

Comprendre les dilemmes qui se posent à l'exercice de la profession infirmière aujourd'hui requiert de clarifier en quoi elle se réclame d'être une profession alors qu'elle n'en a acquis ni les attributs, ni les prérogatives. Pour cela, il importe de saisir ce qui fut à l'origine des professions, et de comprendre le rôle joué par l'écriture dans ce qui a opposé les professions aux métiers, ceci afin d'en appréhender les effets sur ce qui fonde l'héritage de la *profession* infirmière. Cette compréhension du legs laissé par le passé nous est indispensable pour maîtriser les nombreuses difficultés que rencontre l'exercice professionnel aujourd'hui.

QUEL EST NOTRE HÉRITAGE AU TITRE D'ÊTRE UNE « PROFESSION » ?

Profession, le mot vient de professer → proclamer ce que l'on croit, et de là → enseigner, en se référant à des écrits (voir note 5, p. 18). Jusqu'à l'apparition de l'écriture, le mode de transmission des coutumes et des savoirs s'est fait exclusivement par tradition orale. Avec l'écriture, c'est ce qui est *écrit* qui devient le suprême référent de toute connaissance. Progressivement, il reviendra exclusivement aux prêtres et aux clercs de recueillir les savoirs des groupes humains, de les transcrire et de les transmettre, faisant d'eux à la fois les garants et les gardiens des écrits. Ce faisant, leurs décisions les désignent comme *juges de ce qui est bon ou mauvais* pour la vie du groupe. *C'est de là que toute profession tire son origine*. Car, ce qu'ils retiennent comme écrits devient objet d'*enseignement* dont les principes fondamentaux constitueront la *doctrine*. En maniant l'écriture, et en enseignant à partir d'écrits, les prêtres et les clercs

se voient reconnus comme *gens doctes*. Par là même, ils se situent au sommet de la hiérarchie sociale. À leur suite, certains clercs se spécialiseront dans la transcription des pratiques et des connaissances des diverses médecines⁴, d'autres rendront compte d'us et coutumes et d'interdits jugés inaliénables qui constitueront les fondements du *droit écrit*. Ils donneront ainsi naissance aux deux grandes professions issues des prêtres : *les médecins et les juges*. En professant, c'est-à-dire en *prescrivant* par des écrits et des enseignements ce qui est désigné comme bon ou mauvais dans les domaines de la médecine et du droit, *ces professions organisent et régulent l'ordre social*. Par l'écriture, elles étendent leur pouvoir sur toutes les strates de la société en décidant ou reléguant, transformant ou condamnant ce qui leur paraît bon ou mauvais à observer et à savoir⁵.

C'est à ce carrefour que commence à se dessiner ce qui deviendra l'héritage de la profession infirmière. Cet héritage est celui qu'a marqué de son empreinte l'histoire des femmes-soignantes, à la fois dominées par l'imposition sociale du modèle judéo-chrétien, et régulièrement dépossédées de leurs savoirs. Sous des formes variables, ces deux aspects ont agi, dans la longue durée, par rebonds successifs et en interaction, ce qui rend difficile de les aborder en respectant à la fois leur intrication et leur évolution chronologique.

IMPOSITION SOCIALE DU MODÈLE JUDÉO-CHRÉTIEN

Proches d'un passé religieux récent, ce que les infirmières retiennent encore aujourd'hui de la mémoire collective, c'est l'influence exercée par les religieuses dans les institutions de soins. Par contre, elles n'ont pas forcément pris conscience que c'est aux religieuses qu'elles sont redevables du premier sens accordé à ce qui a fait leur « *profession* ». Promues par l'Église modèle social des femmes soignantes⁶, *les femmes consacrées* « professent ». Elles font *profession de foi* en faisant vœu de se soumettre aux règles écrites pour elles par ceux qui les régulent : Pères de l'Église, évêques, chanoines, fondateurs d'ordres. Les religieuses reçoivent en partage doctrine et règles qui seront la base de ce qu'elles professent. Instruites des règles conventuelles, c'est l'enseignement de ces règles qui dictera leur conduite, contrôlera leur pratique, assignera la limite et l'utilisation de leur savoir. Exerçant une tutelle sur tout questionnement et toute initiative, les règles dont se réclament les professes inculquent les comportements à adopter pour répondre à l'idéologie et aux intérêts institu-

tionnels. Par la suite, ces règles servant de base aux nombreux écrits de morale professionnelle marqueront de leur sceau la profession infirmière en ayant continué à soumettre les infirmières à des écrits décidant de ce qu'elles « *doivent être* », plutôt que de les avoir amenées à questionner ce qu'apportent d'irremplaçable les soins, et à développer les savoirs qui leur sont liés.

DÉPOSSESSION DES SAVOIRS DES SOINS

Prêtresses exclues des temples, chassées des écoles de médecine, les femmes soignantes ont vu au cours des siècles leurs savoirs transcrits par les prêtres, puis par les médecins qui se les sont appropriés. Leurs savoirs ont été tour à tour remaniés, expurgés, méprisés, condamnés. Bien que la plupart des médecins appartenant aux écoles et académies de médecine n'aient guère acquis leurs pratiques, ce sont eux qui les professent et les enseignent⁷. En France, quelques rares écrits de sages-femmes, tels que ceux de Louise Bourgeois et d'Angélique de Coudray, fourniront aux chirurgiens, puis aux médecins, matière à leurs traités sur les accouchements et la délivrance, ce qui leur permettra ainsi d'enseigner les sages-femmes. Ayant maîtrisé cet enseignement en substituant aux savoirs des sages-femmes une instruction issue de leurs propres écrits, les médecins peuvent alors ouvrir sans risque aux sages-femmes les écoles de médecine, gardant jusqu'à aujourd'hui la main-mise sur leur formation. Les sages femmes paient d'un lourd tribut cette façon d'avoir accédé à leur professionnalisation.

C'est dans la même veine que les officiers de santé chirurgiens et médecins rédigeront les premiers manuels pour ces « *gardes* » qui, ayant d'abord donné des soins aux accouchées et aux nouveau-nés, les étendirent ensuite aux malades et aux agonisants. Destinés aux « *gardes* », « *gardes-malades* », puis aux « *infirmières* » des hôpitaux, ces manuels vont s'éditer et se répandre à merci durant tout le XIX^e siècle. *Ils seront le premier maillon de la formation professionnelle*. En consignait principes et règles de conduite auxquels doivent s'astreindre gardes-malades et infirmières, les médecins décident du *rôle assigné* à l'infirmière et voient à ce que ces « Esculapes en Jupon »⁸ ne dépassent aucunement la fragile zone d'initiative qui leur est laissée pour obtempérer aux prescriptions du médecin. Aux manuels écrits pour les gardes-malades et pour les infirmières s'ajoutera la pléthore des manuels de puériculture.

En constituant les piliers de *l'enseignement professionnel*, tous ces manuels parus sous l'égide des médecins augureront de la *création des écoles d'infirmières*. Les écrits médicaux serviront de base à l'instruction technique des élèves pour les former aux tâches prescrites par les médecins, tandis que les précis de morale professionnelle dresseront la liste de leurs devoirs. Décidant ainsi du rôle assigné aux infirmières, principes et conduites à tenir constitueront les bases de la *formation professionnelle* dont la reconnaissance se fera par la délivrance d'un *brevet d'instruction professionnelle*, conférant aux infirmières un statut « professionnel » en ce sens qu'il s'enracine sur des écrits, mais des écrits inspirés, pensés, rédigés par ceux qui ont décidé de leur place comme devant être leurs « lieutenants »⁹ qui par la suite se verront confirmées dans ce rôle en portant le nom d'*auxiliaire médicale*.

Ainsi, en accédant à l'instruction à partir d'écrits initialement rédigés par des prêtres, puis par des médecins, les infirmières se voient accorder une place de thuriféraire dans la hiérarchie de la profession médicale, leur garantissant le droit d'exécuter ses prescriptions. Si la formation érige le corps infirmier en corps professionnel¹⁰, l'activité spécifique relevant directement de la compétence des gardes-malades et des infirmières est confisquée, *sans qu'elles aient pu fonder leur profession sur les bases d'un métier*. La formation universitaire s'inscrit dans ce sillage. Si elle est souhaitée pour conférer une image de marque à la profession infirmière en la situant à un niveau supérieur de l'ordre social, elle ne lui donnera pas, en soi, de crédibilité : cette dernière résidant en fait dans ce qu'apportent d'irremplaçable les soins infirmiers et dans le champ de connaissances qu'ils produisent et révèlent.

EN QUOI POURRIONS-NOUS NOUS PRÉVALOIR D'ÊTRE UN MÉTIER ?

Si la profession est pensée noble et liée à des valeurs qui d'ailleurs lui ont été le plus souvent imposées par la classe sociale dominante, le métier est illusoirement pensé comme vulgaire, tout au moins est jugé comme inférieur, et comme exigeant peu de connaissances. Ceci est dû au passé des *gens de métier* dont tous les savoirs sont restés très longtemps de tradition orale. Pourtant, leurs savoirs retranscrits par les *gens lettrés*¹¹ ont été à l'origine de toutes les sciences exactes, et d'une grande partie du patrimoine des sciences humaines¹².

Or, si l'on considère les métiers, on s'aperçoit que tout métier :

— Se constitue à partir d'une *activité nécessaire à la vie du groupe social*. Il répond à un besoin du groupe, sans pour autant se substituer à ce que chaque individu peut continuer à faire par lui-même. Ainsi en est-il du boulanger, du tisserand, du potier, du coiffeur...

— Ne se définit pas, mais se *décrit* : l'objet de l'activité est nommé, explicité, décrit, ainsi que son issue : le produit réalisé. Ainsi le pain, le tissu, les objets fabriqués par le potier, une coiffure...

— *Ne se fonde pas sur une idéologie*, mais sur la qualité de ce qui est fabriqué, ou de ce qui est produit. Il ne viendrait à l'idée de personne de définir le « bon boulanger », ni même le « rôle du boulanger », pas plus que celui du « coiffeur » ; mais chacun est à même de savoir que c'est par rapport à ce qui caractérise un pain de qualité, reconnaissable par tous, que par déduction on pensera le boulanger « bon » ou « mauvais ». Ce sera le pain bien levé, bien cuit, croustillant, qui ne durcit pas trop vite... qui permettra d'estimer la qualité du pain.

— *Se réfère à tout un ensemble de connaissances* ayant trait à tout ce qu'il faut associer comme savoirs pour aboutir à la production. Dans tout métier, les connaissances requises sont extrêmement diversifiées, elles s'organisent autant autour du matériau que d'éléments fondamentaux de la vie (air, eau, chaleur, lumière...) qu'il faut apprendre à utiliser en comprenant la façon dont ils inter-agissent. Les connaissances servent tout autant à la fabrication de produits qu'à la création d'outils nécessaires à cette fabrication. Les gens des métiers *créent leurs propres savoirs* ainsi que *leurs propres outils* — en sachant qu'il s'agit au départ d'outils les plus simples — et les moins spécifiques, pour aller vers des outils plus complexes utilisés seulement dans certaines situations.

Les gens de métiers :

— *Partent de la demande des personnes qui les sollicitent*. Ils s'ajustent à leur demande en la *faisant préciser*, en aidant à la clarifier. De fait, les gens des métiers partent de cet *inconnu* que représente la demande du client à laquelle ils ajustent leur savoir. La diversité des demandes les oblige à dépasser leur seuil de réalisation, à oser essayer autre chose, à découvrir de nouvelles façons de faire, à créer de nouveaux outils, élargissant en cela le champ de leur savoir, les incitant par là-même à *inventer et créer*.

— *Ne distribuent pas de conseils*. Par contre, l'élucidation de la demande des clients amène à des *propositions* qui aboutissent à un *projet* qui fera l'objet de *négociation*, conduisant à une *décision* prise en accord avec le client et la personne du métier. Fait partie intégrante de la négociation, le *coût* : coût du matériau utilisé, mais aussi coût du travail. Cette

décision commune prend forme de contrat, tacite ou écrit, portant à la connaissance du client et de la personne du métier l'entente sur le projet à réaliser et les conditions nécessaires à sa réalisation.

Bien qu'apparemment moins noble — car ne se réclamant pas d'idéologies et n'étant pas accrédité par les « gens éduqués » ou les « gens instruits », en raison du caractère empirique de leurs savoirs, qui pourtant a alimenté toutes les sciences —, *tout métier assure d'abord et avant tout un service à la communauté*, sans pour autant se prévaloir d'idéaux de bienfaisance, d'aide, ou d'assistance. Les gens de métiers assurent, complètent, compensent ce que, pour des raisons variables, les personnes ne peuvent assurer par elles-mêmes dans différentes circonstances. Tout en procurant des services indispensables à la collectivité, les métiers, à l'encontre des professions, ne prétendent pas pour autant avoir le monopole de ce qu'ils font, et, encore moins, exercent un droit de regard sur les individus qui détiennent certaines de leurs connaissances. En aucun cas les gens de métier ne se prévalent de quelque droit de décision ou de contrôle sur ce que les individus peuvent entreprendre par eux-mêmes pour leur usage personnel, dans des domaines qui relèvent de la compétence des métiers. Il ne viendrait par exemple à l'idée d'aucun restaurateur de contrôler la façon de cuisiner ou la façon de manger des gens. Toutefois, les restaurateurs sont à même de proposer de nombreuses suggestions, non seulement sur la cuisine, mais sur l'ambiance à créer pour favoriser les bienfaits d'un repas. Ainsi, tout en ayant de vastes champs de connaissances, dans des domaines variés, les gens de métier ne s'arrogent pas le droit de décider ce qui est bon ou mauvais. *Ils offrent leur prestation en complément de ce que les gens peuvent ou savent faire par eux-mêmes*. Ils sont indispensables à la société, sans pour autant régir l'ordre social, ce dont se sont prévalu les professions.

Aujourd'hui, les métiers s'anoblissent en devenant professionnels, c'est-à-dire en se dotant de formation reposant sur des écrits. Tous les métiers ayant pour base les savoirs élaborés à partir de leurs pratiques peuvent se professionnaliser sans dommage car ils ont leurs racines. Ils gardent leur autonomie d'exercice. Il n'en est pas de même pour les semi-professions : telle la profession infirmière, qui n'a pas les racines d'un métier, et qui a hérité du passé « *professionnel* » que tour à tour les prêtres puis les médecins ont désigné aux femmes soignantes, héritage qui ne peut que la maintenir en tutelle si elle ne trouve pas à expliciter ce qui fonde la spécificité de son activité, en tant que prestation, au bénéfice du public.

Il me semble que pour que la profession infirmière puisse accéder à un exercice reconnu de sa fonction, *il lui faut acquérir les assises d'un métier*.

ACQUÉRIR LES ASSISES D'UN MÉTIER

Acquérir les assises d'un métier, c'est passer de la tâche assignée — quelle qu'en soit sa nature — à la capacité d'identifier, de nommer, d'explicitier l'activité que représentent les soins infirmiers. C'est en faire apparaître les effets, tant socio-sanitaires qu'économiques, et en dégager des savoirs.

RETROUVER LE SENS ORIGINEL DES SOINS

Ceci suppose, en premier lieu, de retrouver le sens originel des soins, et de sortir de la confusion permanente qui existe entre les *soins* et les *traitements*, confusion issue du long passé du mépris du corps, puis d'une médicalisation se centrant presque exclusivement sur la maladie.

Pour l'avoir longuement développé dans mon livre *Promouvoir la vie*, et dans de nombreux écrits, je ne ferai que rappeler ici que *soigner* ne saurait être assimilé à *traiter*¹³. Les soins et les traitements ne sont pas de même nature. Or, la méprise constante entretenue entre ce qui est de l'ordre des soins et ce qui est de l'ordre des traitements fait que ces derniers sont abusivement dénommés « soins », ce qui laisse à penser que seuls les traitements représentent l'action thérapeutique.

La très ancienne expression « prendre soin de... » montre bien qu'il ne s'agit pas de lutter contre la maladie, mais de s'attacher à ce qui vit, en le stimulant et en fournissant les conditions favorables à son développement. Ceci est vrai pour tous les êtres vivants : pour les plantes, pour les animaux, et *a fortiori* pour les hommes. C'est pourtant lorsqu'il s'agit des hommes que l'on voit s'amorcer la dérive du sens originel des soins, amenant à assimiler les traitements aux soins, ce qui donne aux traitements une place prédominante, au point d'envahir tout le champ thérapeutique. Or, *aucun traitement ne peut se substituer aux soins*. On peut vivre sans traitement, mais *on ne peut pas vivre sans soins*. Même lorsqu'on est malade, aucun traitement ne saurait remplacer les soins.

Les jardiniers et les horticulteurs (gens de métier) connaissent et utilisent toujours cette différence entre « soins » et « traitements ». Ils *soignent* les plantes pour qu'elles croissent, se développent, fleurissent, portent des fruits. Par contre, lorsque des plantes sont atteintes par une maladie, ils les *traitent* en utilisant quelque produit, ou quelque moyen visant à endiguer la maladie. Toutefois, durant le temps du traitement, il

ne leur viendrait pas à l'idée de ne plus soigner ces plantes. Bien au contraire, ils redoublent d'attention et de soins, d'une part parce que le traitement ne saurait remplacer ce qui assure les fonctions vitales : boire, avoir de la chaleur, de la lumière, etc., d'autre part, plus un traitement prend la place des soins, plus il devient nuisible. Ce qui est encore connu pour les plantes, ou pour les animaux, ne va plus de soi pour les hommes. Pour eux, *la signification de « traiter » a insidieusement emprunté celle de « soigner »* et s'en est revêtue au point de reléguer les soins comme subsidiaires, secondaires. Tandis qu'ils sont vitaux, les soins sont considérés comme une activité subalterne.

La condamnation comme sorcières des vieilles femmes, sages-femmes et guérisseuses, la substitution des soins spirituels aux soins au corps, des conseils et de l'exhortation à l'utilisation des savoirs connus par les gens, l'infériorisation des nourrices, puis des gardes-malades mercenaires¹⁴, la perte des savoirs qui advint de tous ces événements firent que le patrimoine des soins a été englouti, ou si bouleversé dans les institutions dites sanitaires, que les soins n'ont pas pu être le substrat du métier infirmier. Or, *c'est le champ des soins, c'est-à-dire de tout ce qui aide à vivre*, qui représente par essence le champ de compétence infirmière. Cela n'élimine pas d'assurer et de surveiller des traitements, si ceux-ci ne dominent pas le champ des soins au point de les reléguer, voire de les exclure.

Il convient donc d'identifier la différence résidant entre *la nature des soins* et celle des *traitements* pour que puissent être identifiés :

- ce qui relève directement de la décision et de l'initiative infirmière,
- ce qui relève de la décision médicale quant à la prescription, et de l'initiative infirmière quant à sa mise en œuvre,
- ce qui relève d'initiatives partagées entre différents travailleurs sanitaires et sociaux.

C'est autour de ces trois domaines que s'exerce notre métier, mais encore faut-il pouvoir faire reconnaître chacun de ces domaines.

DOMAINES DE DÉCISION ET D'INITIATIVE RELEVANT DE L'EXERCICE INFIRMIER

1. Ce qui relève directement de la décision et de l'initiative infirmière

Cette décision concerne tous les soins *d'accompagnement, de stimulation, de développement, de maintien de la vie*, tous ces soins vitaux qui, à partir du XIX^e siècle, ont été abandonnés au « dévouement », à « ce que doit faire une bonne infirmière », au « devoir », à « la conscience professionnelle », à « ce qui va de soi », pour devenir dans les meilleurs cas « soins de nursing ». Relégués au rang de « tâches », ils ont pour la plupart perdu leur signification. Ou bien, lorsque des infirmières les prodiguent (comme aider un malade à s'exprimer, ou à retrouver le goût de s'habiller...), ils ne sont pas considérés comme faisant partie du champ de son travail, ou ne sont pas estimés comme des activités à caractère thérapeutique, qui exigent un grand discernement, fruit d'une réflexion et de l'utilisation de connaissances diversifiées. Leurs effets thérapeutiques ne sont pas pris en considération.

Pourtant, ces *soins d'accompagnement* — qu'ils soient de stimulation, de développement, de soutien, d'entretien, de maintien de la vie dans ses manifestations coutumières et habituelles (comme manger, s'habiller ou se lever) sont indispensables. On pourrait les qualifier aujourd'hui de « *soins de santé primaires* » si — là encore — on avait perçu le sens de « *primaire* », dont la racine vient de premier, à savoir : ce qui est premier, *ce qui est le plus fondamental, ce qui est vitalement nécessaire*. (Voir p. 307.)

Or, ces soins demandent à être prodigués lors de ces deux types de circonstances majeures que sont :

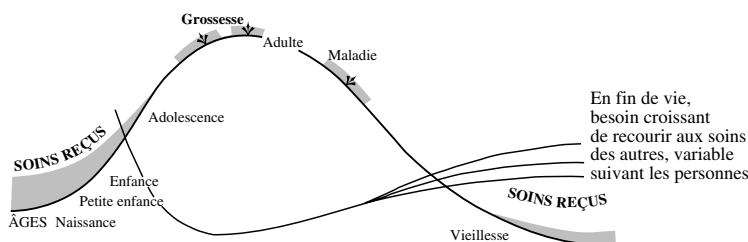
- les grands passages de la vie,
- la survenue de la maladie.

Lors des grands passages de la vie, des crises, des ruptures, des changements irréversibles

Bien antérieurs à la maladie, les soins d'accompagnement jalonnent les grands passages qui marquent la courbe des âges de la vie, *passages* qui se succèdent jusqu'à l'étape définitive et irréversible de la fin de la vie. Les deux passages auxquels personne n'échappe demeurant *la naissance* et *la mort*. C'est autour de la naissance qu'il convient d'entourer la mère et l'enfant pour les aider biologiquement, mais aussi affectivement et

socialement à franchir cette étape où la vie est proche de la mort. Autour de la naissance s'essaiera et se développera l'infinie variété des *pratiques du corps et des pratiques alimentaires* qui seront à l'origine de tous les soins, tandis que jusqu'à la médicalisation de la mort, les soins aux mourants se pratiqueront comme une inversion des soins à la naissance¹⁵.

La courbe des soins d'accompagnement est inversement proportionnelle à la courbe des âges de la vie. Les besoins en soins pratiqués par les autres — avant qu'on ne puisse se soigner soi-même, c'est-à-dire assurer ses fonctions vitales — vont en décroissant de la naissance à la petite enfance, puis à l'enfance et l'adolescence. Avec le vieillissement, les soins prodigués par les autres prennent à nouveau une grande amplitude qui toutefois variera en fonction de ce qui aura marqué biologiquement, affectivement et socialement l'histoire de la vie. (Voir p. 182-184.)



**Courbe d'évolution du recours aux soins donnés par les autres :
famille, personnel sanitaire et social en fonction de l'âge**

Si les infirmières retrouvent le sens des passages qui marquent la vie, passages qui autrefois étaient entourés de rites : *les rites de passages*, elles se réapproprient certaines racines de leur métier¹⁶. En effet, c'est fondamentalement la raison des soins de chercher à favoriser ce qui permet de franchir ces moments de changement que sont la puberté, la grossesse, l'accouchement, le retour à la maison, l'allaitement, le sevrage, la garde de l'enfant, la reprise du travail, les premières dents, l'apprentissage du langage... étapes qui jalonnent la vie des couples et de leurs enfants. Notre métier est de partir des préoccupations ou des difficultés rencontrées par les mères et les couples pour leur permettre de les dépasser en leur donnant le moyen d'affermir leur savoir. C'est autour de ces passages qu'aurait à se situer essentiellement l'exercice des infirmières puéricultri-

ces et de santé scolaire, passages qui demandent à être abordés tout à fait autrement que par des dépistages sans issue, ou des suites de conseils ou de recommandations, le plus souvent dissociés des préoccupations, ou des difficultés des gens.

D'autres passages seront à franchir sur la pente de la vie : perte d'emploi, retraite... puis le vieillissement progressif. Les *soins de stimulation*, permettant de retarder la perte de capacité (telle la désorientation), ainsi que les *soins de compensation* relèvent directement de l'initiative infirmière. Ils requièrent un discernement précis de la diminution de telle ou telle fonction, en lien avec le fait d'être homme ou femme, en tenant compte de l'âge et de l'entourage (voir p. 186-189).

En fin de parcours arrivent les soins autour de la mort, souvent appelés « palliatifs », mot qui les dévalorise puisque signifiant qu'ils ne seraient nécessaires que lorsqu'on ne peut plus administrer de traitement, ou que le traitement est inefficace. Ceci laisse entendre aussi qu'on n'envisage pas que les soins puissent être nécessaires et avoir en soi une action thérapeutique, lorsque la maladie est « traitable », y compris jusqu'à l'acharnement thérapeutique. Soins d'accompagnement par excellence, les soins aux mourants réclament de très grandes connaissances physiologiques, psycho-affectives, culturelles, tels qu'en font foi les travaux d'Elisabeth Kübler-Ross¹⁷.

Ces soins relèvent directement de l'initiative et de la décision infirmière, décision qui demande à être partagée avec la famille, et argumentée face à la décision médicale, pour la compléter, en tenant compte d'aspects tout aussi fondamentaux que ceux visant à lutter contre la maladie, afin de ne pas isoler cette lutte de celui ou celle qui vit la maladie.

En dehors des grands passages jalonnant la vie, certains changements, certaines ruptures peuvent être dus à la survenue de la maladie.

Lorsque la maladie frappe, elle atteint l'un ou l'autre organe, ou perturbe l'ensemble de l'organisme, mais elle n'atteint pas que l'organisme. Elle atteint d'abord la personne qu'elle frappe en amputant ses capacités de vivre. C'est ce qui est souvent le plus durement ressenti, surtout lorsque cela touche aux capacités vitales les plus habituelles mais en même temps les plus fondamentales, comme le besoin d'éliminer, par exemple. Aussi n'est-il pas possible de se considérer comme personnel soignant sans chercher à compenser les altérations engendrées par la maladie. *Il revient à l'initiative et à la décision infirmière de maintenir les capacités restantes et de voir à compenser les déficiences fonctionnelles occasionnées par la maladie*. En deçà et au-delà du traitement de la maladie qui relève de la

décision médicale, l'initiative et la décision infirmière reposent sur l'analyse des déficiences fonctionnelles provoquées par la maladie. C'est cette analyse qu'il revient à l'infirmière d'élucider, tant au domicile des malades qu'à l'hôpital.

C'est le *discernement précis des déficiences fonctionnelles* (motrices, d'élimination, respiratoires...) et de leurs manifestations, mis en lien avec la prise de conscience de la façon dont cela entrave la personne à qui cela arrive : en tant qu'*homme* ou *femme* > ayant *tel âge* et *tel entourage*, qui permet de comprendre ce qui inhibe les besoins vitaux de la personne, et de voir comment y parer par les soins. Ce sont là les repères de l'activité professionnelle infirmière, qui ne sont opératoires que si l'on comprend comment ils interagissent. Or le vide infirmier se situe habituellement là : *il n'y a aucune précision des déficiences* en lien avec la maladie $\leftrightarrow$ *en considération de l'âge* $\leftrightarrow$ *et* $\leftrightarrow$ *de la personne qui la vit en tant qu'homme* ou *femme*. Il n'y a qu'un listing de tâches sans élucidation de ce que ces tâches se proposent. Par exemple, savoir ce qui justifie une toilette : pour compenser quelle diminution motrice spécifique ? ou pour stimuler la réacquisition de quelle capacité ?

Puisqu'il n'y a aucune précision des atteintes liées à la maladie en fonction de l'âge et de la marque culturelle, d'être *homme* ou *femme* (petit garçon ou petite fille), il n'y a de fait aucune explicitation de l'activité infirmière autre que celle des traitements, aucune justification de notre fonction propre, d'où la non-prise en compte du travail infirmier pour tout ce qui ne relève pas de l'auxiliarat médical. Tout ce qui ne contribue pas aux examens, à l'administration des traitements et à leur surveillance relève de l'approximation¹⁸, des aléas, demeure travail invisible, méconnu, non reconnu. C'est là où il est particulièrement nécessaire de donner à la profession infirmière les assises de son métier, en faisant apparaître ce que nous nous proposons de compenser, de stimuler, ainsi que les effets qu'il est possible d'en attendre en tenant compte de leur évolution dans la durée.

Revient aussi à l'initiative infirmière, en complémentarité du domaine des soins d'entretien de la vie, d'accompagnement, ce qui est de l'ordre du *remède* : *remédier signifie éviter de passer un seuil de non retour, éviter l'aggravation*. Ainsi en est-il dans le domaine de soulager la douleur par relaxation, par massage ; ou bien de faciliter le sommeil en tenant compte de différents moyens socioculturels influençant la possibilité de dormir, comme l'heure du lever et du coucher, le tamisage de la lumière, l'utilisation de tisanes, etc. Rien que le champ des remèdes dans toutes sortes de domaines de la vie donnerait lieu à d'immenses développements — mais les

remèdes ne peuvent prendre sens que s'ils s'enracinent sur les soins ; ils se situent entre les soins et les traitements. Pas plus que les traitements, ils ne peuvent se substituer aux soins, mais les affinent et les complètent.

L'immense variété des soins et des remèdes engendre le développement de *savoirs très diversifiés* qui font appel à de nombreux domaines de connaissances à partir des situations rencontrées et analysées dont on a pu dégager des constatations, bases du discernement de la nature des soins.

2. Ce qui relève de l'initiative et de la décision médicale quant à la prescription, mais qui relève de l'initiative infirmière pour la mise en œuvre des prescriptions

Le champ médical et chirurgical concerne le diagnostic et le traitement de la maladie. Il a pour objet de circonscrire la maladie, de faire obstacle à son extension, de limiter ses effets, d'arrêter son évolution, et si possible de la guérir. *Il recouvre les examens nécessaires à son diagnostic, le traitement, la surveillance des effets du traitement.*

C'est un champ contigu à celui de l'exercice infirmier. Toutefois, un nombre croissant de tâches médicales, relevant de l'exercice de la médecine — d'une décision médicale comme d'une compétence médicale — ont échoué par délégations successives au personnel infirmier, envahissant le domaine spécifique de son exercice : les soins.

En lui désignant les tâches qu'il ne désire plus faire en raison d'une technologie toujours plus complexe, le médecin, non seulement prescrit au personnel infirmier les activités dont il va le charger, mais il place en même temps sous sa tutelle les soins relevant directement de l'initiative et de la décision infirmière, en indiquant aux infirmières la *conduite* qu'elles se doivent de tenir, en *leur assignant ce que doit être le rôle de l'infirmière*. Par ailleurs, l'infirmière, en exécutant la prescription médicale, devient très facilement soumise à son exécution¹⁹, ne se rendant pas compte de l'initiative qu'il lui est implicitement demandé de prendre pour assurer la mise en action des prescriptions médicales, dont les différentes « applications » engagent sa responsabilité.

Si nous voulons que l'exercice infirmier soit reconnu pour son action thérapeutique, il importe aux infirmières de :

— Déterminer la jonction et la complémentarité des traitements avec les soins d'entretien de la vie, en discernant ce qui relève des *soins* (*care*), et ce qui relève des *traitements* (*cure*) ; et en veillant à ce que les traitements ne remplacent pas les *soins* qui, eux, demeurent irremplaçables. Les

traitements sans les soins ne peuvent que nuire : pas une plante, pas un animal ne le supporterait. Pour ce faire, il relève donc impérativement de l'initiative et de la décision infirmière de ne pas faire des traitements de simples tâches d'exécution, mais de les restituer comme complémentaires à tous les soins indispensables pour maintenir le goût et le désir de vivre.

— Clarifier les atteintes dues à la maladie pour comprendre l'action des traitements en lien avec la manifestation de ces atteintes (ex. : insuffisance respiratoire, atteintes motrices, incontinence, douleurs...), en reliant également l'incidence des activités quotidiennes sur les traitements et vice versa. Ainsi les effets de l'insuline sur le diabète ne peuvent pas être pris isolément, sans se préoccuper de ce que la personne mange, mais aussi de ses occupations suivant son âge, son travail, son goût ou non du sport...

— Clarifier le seuil d'envahissement médical empiétant sur l'exercice infirmier, et en poser les limites. Ainsi en est-il non seulement de l'envahissement des examens et des traitements au détriment des soins, mais également du remplacement des médecins par des infirmières en bien des circonstances, comme pendant la nuit, ou dans certains services dits à moins hauts risques. Pour des raisons de valorisation, d'acceptation, de protection, de soumission, de crainte de contrevenir au désir du médecin, etc., les infirmières exercent en bien des circonstances des activités médicales²⁰ sans bénéficier de la couverture juridique, sociale et économique qui correspond à la responsabilité qu'elles prennent. Il y a déplacement de zone de compétence. Or un métier qui se laisse absorber par un autre, ou qui a besoin de devenir l'autre pour se sentir valorisé — en restant toujours dans l'ombre de celui qui en détient le droit d'exercice — ne peut prétendre à être reconnu.

3. Ce qui relève d'initiatives partagées avec d'autres travailleurs sanitaires et sociaux

Cela se présente dans tous les domaines concernant le développement de la santé, le recouvrement, et l'acquisition de savoirs ayant trait à ce développement. Il s'agit de toute la participation à ce que l'on désigne encore comme « *éducation sanitaire* », conformément au désir qu'ont eu les professions et les notables d'*éduquer le peuple* qu'ils ont supposé ignorant, au lieu de partir des savoirs que les gens ont construits depuis des millénaires. Là encore, il nous faut retrouver les assises d'un métier plutôt que continuer à « professer » en répandant conseils et informations inutilisables si l'on ne part pas de la réalité des gens, à savoir : de leurs préoccupations, de leurs difficultés, en tenant compte de leur culture et des moyens socio-économiques dont ils disposent²¹.

FAIRE APPARAÎTRE LES CONDITIONS DE TRAVAIL INDISPENSABLES À L'EXERCICE DES SOINS INFIRMIERS

Par conditions indispensables²² à l'exercice, il faut entendre :

1. Les conditions communes à tout travailleur qui fournit un travail

En échange de son travail, tout travailleur a droit à des conditions de salaire, de congés annuel et hebdomadaire, de durée hebdomadaire de travail, de formation. Il n'est pas inutile de les rappeler car il n'y a pas si longtemps que le personnel infirmier ne bénéficiait même pas de ces conditions : les hôpitaux et les institutions sanitaires étant demeurés en marge de la législation du travail. Certaines de ces conditions ne sont pas, sinon peu, respectées, comme la durée journalière et hebdomadaire du travail qui ne donne jamais lieu au paiement d'heures supplémentaires, ou comme le droit à des périodes de formation permanente régulières.

2. Les conditions spécifiques à l'exercice infirmier

Ces conditions sont propres au travail infirmier. Elles requièrent de considérer les obligations spécifiques de ce travail. Parmi elles, la première et la plus fréquente est d'assurer *la continuité des soins* aux accouchées comme aux malades, soit 24 heures sur 24. Or, depuis la laïcisation des hôpitaux où le personnel laïc a remplacé le personnel religieux, il n'y a jamais eu de recours à la législation du travail de nuit pour le personnel infirmier, ni à la législation spécifique du travail des femmes. Pour le moment, le travail de nuit des femmes dans les hôpitaux demeure à la merci d'arrangements à l'amiable. Cette obligation du travail de nuit, ainsi que ce qu'on confie au personnel infirmier la nuit « pour ne pas déranger le médecin », requerrait l'élaboration de mesures législatives spécifiques au secteur hospitalier — public et privé — afin de protéger le personnel assurant le travail de nuit, et lui assurer les garanties de compensation indispensables.

Sont également spécifiques de l'exercice infirmier des conditions de *pénibilité*, de *contagion*, de *risques* (comme les rayons), de *maladies professionnelles* (comme les maux de dos), ou des risques graves comme

ceux encourus aujourd'hui par les examens et traitements du sida qui demandent à être étudiées suivant la nature des soins et des traitements à prodiguer, et selon le service infirmier en ne croyant pas que les services de haute technicité soient davantage à prendre en considération que les services de personnes âgées par exemple.

3. Les conditions internes à l'accomplissement du travail infirmier

Il faut entendre par là les conditions indispensables à la réalisation des soins qui, jusqu'à présent, ont été assimilées à des séries de tâches soumises à un rendement de plus en plus accéléré, rendement accru cette dernière décennie pour rentabiliser l'équipement. Or les soins, aussi bien que les traitements, pour avoir quelques effets, *requièrent de façon indispensable* :

— Du *temps de réflexion*, pour comprendre, analyser les situations, chercher des sources de connaissances, élaborer les projets de soins, en évaluer les résultats, développer les savoirs élaborés, à partir de la pratique de notre métier.

— Du *temps de détente, de relaxation* pour les soignants. Personne n'a jamais pu soigner d'affilée 10, 20, 30 malades, 8 heures par jour, 40 à 45 heures par semaine ou même de 39 à 35 heures, durant des mois, avec des congés hebdomadaires épisodiques. *Soigner, c'est communiquer de la vie*, or il est impossible de revivifier les malades si les soignants y perdent leur propre santé, épuisent leurs forces de vie. Lorsque cela arrive, il ne reste plus que les mécanismes de défense : d'agressivité ou de fuite, qui, dans cette profession, sont jugés comme des comportements qui trahissent l'idéologie mythique. En fait, ces réactions ne sont pas ce qui fait problème, elles ne sont que les symptômes ou les signes de ce qui pose problème. Il ne s'agit pas de « remettre en question les personnes », mais leur permettre de questionner ce qu'elles font et les moyens dont elles disposent pour le faire.

— Du *quota infirmier en fonction du nombre de malades, en relation avec la complexité des soins*. Quota qui, à l'heure actuelle, est de plus en plus réduit, sans qu'il y ait eu d'analyse de la **nature des soins**. Il arrive aussi qu'on laisse croire qu'il y a une analyse lorsqu'on utilise des outils visant à « évaluer la charge de travail », ne prenant en compte que l'inventaire des tâches dites « de dépendance ». Ces inventaires amènent parfois à une compression encore plus grande du personnel puisqu'ils ne font pas apparaître l'ensemble du processus de soins, n'ayant pas relié entre eux

différents aspects indispensables telle que la nature des déficiences ou des atteintes fonctionnelles à compenser, en relation avec l'âge et en fonction des conséquences spécifiques au fait que ce soient des hommes ou des femmes. De plus, ces inventaires de charge de travail ne prennent en compte aucun temps de réflexion, de relaxation... Leur élaboration est encore inspirée du taylorisme. A la fin du xx^e siècle, il est triste de s'inspirer encore d'un modèle si réducteur.

4. Les conditions économiques

Pour le moment, le travail infirmier n'est absolument pas évalué économiquement. Dans les hôpitaux, avant de payer le personnel, on a d'abord estimé en coût le prix des outils qu'il utilisait. Puis le remplacement des personnels religieux par des laïcs a amené à considérer le coût du personnel (charges salariales), coût d'autant plus mal ressenti qu'avoir à payer pour les soins était inimaginable, tant du côté des riches qui avaient leurs domestiques pour les soigner, ou qui vilipendaient le mercenariat des gardes-malades que du côté des pauvres pour qui l'argent était fourni par le surplus des riches donné aux œuvres. Payer pour les soins, et *a fortiori* pour les soignants, est toujours considéré dans l'inconscient collectif comme malsain, ou anormal.

Pour estimer les conditions économiques nécessaires à l'exercice des soignants infirmiers, il importe de sortir de l'enfermement du coût économique, pour *estimer, faire apparaître, évaluer les incidences économiques des soins*. Ces incidences sont extrêmement coûteuses en temps, en personnel, en effets nuisibles, en prolongement inutile, en préjudices tant pour les personnes soignées que pour les soignants, lorsqu'on désigne par « soins » une série de tâches (recouvrant aussi bien des actes isolés de soins que de traitements). Par contre, les incidences économiques et sociales sont performantes dans la durée lorsqu'il y a analyse des situations de soins, et élaboration de projets individuels et collectifs qui s'appuient sur la compréhension, la lecture des situations. Le temps nécessaire à la réflexion produit alors — comme dans le commerce ou dans l'industrie — des effets durables dont on peut apprécier la nature des interférences. Les incidences économiques favorables dépendent également du développement au sein des services d'un SAVOIR infirmier. Un métier, une profession, qui n'élargit pas son savoir coûte très cher à la société.

Il est impératif pour la profession infirmière d'apprendre à estimer les incidences économiques de son travail, et de les distinguer du coût

immédiat : la seule estimation d'un coût pris isolément n'étant absolument pas significative.

VERS UN EXERCICE INFIRMIER SOCIALEMENT ET ÉCONOMIQUEMENT RECONNU

En conclusion, que peut-on tirer de ce qui précède pour parvenir à faire reconnaître l'exercice infirmier et acquérir un statut professionnel qui sorte de l'ornière de l'auxiliarat médical ?

L'élaboration d'un tel statut repose sur la nécessité de clarifier ce qui constitue la *fonction soignante infirmière*, fonction soignante qui engendre la fonction de gestion des soins. Pour cela il importe que la profession retrouve les assises du métier qui est le sien : SOIGNER, au sens de *permettre de vivre, faciliter ce qui fait vivre* — durant les grandes crises de la vie et pendant la maladie, jusqu'au seuil de la mort.

Ceci suppose de :

— *Clarifier et identifier la nature des soins* afin de la distinguer de celle des *traitements* : soins de stimulation, de développement, d'accompagnement, de maintien, d'entretien, de soutien de la vie, de compensation des déficiences occasionnées par l'âge, la maladie ou le handicap... qui diffèrent des examens, des traitements, de la surveillance des traitements, ces derniers n'étant que complémentarité aux premiers en ne pouvant aucunement les remplacer sans dommage grave.

— *Identifier* :

- En premier lieu, le champ de *décision et d'initiative propre à la profession infirmière* qui est le domaine des SOINS. Ce domaine, bien loin d'être une série de tâches, ou abusivement associé à un « rôle de l'infirmière » issu de l'image mythique du passé religieux et médical, réclame un discernement et une analyse de la raison d'être de ces soins. Il réclame de faire appel à une grande diversité de connaissances et permet de construire et d'élargir le patrimoine du SAVOIR infirmier²³.

- Puis le domaine de collaboration avec les médecins pour la mise en œuvre, la réalisation des examens permettant le diagnostic médical, les traitements et leur surveillance. La décision de prescription étant celle du médecin, mais il demeure un *domaine de décision et d'initiative propre au personnel infirmier pour la mise en œuvre de la prescription médicale*, sans négliger l'interaction existant entre les soins et les traitements.

• Enfin, les *domaines de décision et d'initiative partagés avec d'autres* travailleurs sanitaires et sociaux pour proposer, mettre en œuvre, évaluer des actions sanitaires et sociales nécessitant l'apport de la compétence infirmière.

La clarification des décisions afférentes aux « soins » et aux « traitements », ainsi que l'analyse des moyens nécessaires à leur réalisation amènent à :

- *déduire et à défendre les conditions de travail* indispensables pour prodiguer les soins et mettre en œuvre les traitements ;
- offrir les *formations appropriées* pour développer la compétence infirmière autour de la spécificité de la fonction soignante ;
- initier la *recherche-action* à partir des situations de soins, recherche qui ne saurait se faire isolément ou en ignorant les personnes soignées comme les soignants, mais qui réclame de se faire avec eux.

Ceci suppose *d'explicitier, de nommer, de faire apparaître, de rendre visible le travail réalisé par les infirmières et infirmiers*, d'élucider les projets de soins en les reliant à ce qui leur donne sens : la personne à soigner, en tant qu'homme ou femme (petit garçon ou petite fille), ayant tel âge (l'âge étant la marque de la période de vie dans laquelle on se situe).

Ceci requiert de *réorienter les soins vers le public*, vers les gens qui sont la raison d'être des soins et du service infirmier — non les médecins, ni l'institution sanitaire. Le public doit devenir le premier interlocuteur de la profession infirmière.

Ceci demande que les regroupements infirmiers se fassent, non pas tant autour de leurs structures — qu'elles soient syndicales ou associatives — mais autour de la « *production* » c'est-à-dire : de la « *prestation* » de la profession infirmière. Car c'est *la prestation qu'offre un métier ou une profession qui lui donne son crédit, qui la fait reconnaître*. Il est donc indispensable de faire connaître les réalisations opérées par les infirmières et infirmiers, ainsi que leurs effets sociaux et économiques, en organisant des journées de communication présentant ces réalisations. Il revient aux syndicats, comme aux associations, de veiller aux conditions de travail indispensables à ces réalisations, et de les défendre. Bien plus, il leur revient de diffuser et faire connaître *à partir de réalisations*, l'apport spécifique et irremplaçable de la profession infirmière — d'en assurer la diffusion et la représentativité par les médias de la presse et de l'audio-visuel. Sans ce souci de faire connaître l'apport spécifique de la profession infirmière au public, la profession n'est pas crédible.

Tel est l'enjeu de cette décennie pour la profession infirmière si elle veut demeurer.

Notes

1. B. Ehrenreich et D. English, « Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine », publié aux États-Unis en 1974, traduit à Québec, aux éditions du Remue-Ménage, Montréal, 1976. Barbara Ehrenreich et Deidre English étaient professeurs au Collège de Old Wesley de l'Université de l'État de New York lorsqu'elles ont rédigé cet ouvrage.
2. Par rôle, il faut entendre une façon d'être, de se comporter, qui désigne à l'infirmière ce qu'elle doit être. Ce centrage sur le comportement continue d'entraver l'évolution de la profession infirmière aujourd'hui où les formations privilégient prioritairement que les infirmières « se remettent en question » plutôt que de les amener à questionner ce qu'elles font. Par ailleurs, il demeure une confusion entretenue entre « le rôle » et « la fonction » ; moins la fonction est précisée, plus le rôle peut être aliéné.
3. Il est bon de se rendre compte de l'ascension sociale des médecins à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle. Une des images de marque d'appartenance à la classe bourgeoise était d'avoir une ou plusieurs bonnes à son service. Cette image de la bonne que le médecin trouve lorsqu'il rentre à la maison, s'occupant de toutes les tâches domestiques, n'est sans doute pas sans avoir influencé ce que les médecins attendent des infirmières dans leurs services. Il revient aux unes comme aux autres de faire le travail qui leur est ordonné, les tâches qui leur sont prescrites, sans que soit aucunement reconnu leur savoir, et *a fortiori* sans que leur compétence leur permette d'oser prétendre à quelque forme d'estime sociale pouvant leur conférer une place reconnue comme telle.
4. Médecines des plantes..., des pratiques du corps..., de l'hygiène au sens grec du mot, c'est-à-dire de ce qui favorise, améliore la vie.
5. Le mot « observer » est pris ici dans le sens d'observance : de se conformer à une règle désignant ce qui est bon ou mauvais.
6. Par « femmes soignantes », il faut entendre toutes les femmes reconnues pour exercer cette fonction de donner des soins : matrones, Vieilles Femmes, sages-femmes, guérisseuses. En institutionnalisant les soins aux pauvres, l'Église désigne comme modèle des femmes-soignantes, les femmes consacrées auxquelles elle assignera un rôle conformément aux règles conventuelles. L'ascension des femmes consacrées comme modèle social des femmes soignantes à partir du XIII^e siècle sera inversement proportionnelle à la condamnation des Vieilles Femmes, matrones, sages-femmes, guérisseuses durant les XIV^e, XV^e, XVI^e et XVII^e siècles, ascension qui atteindra son apogée au XIX^e siècle.
7. Ce sont ces médecins que l'incomparable talent de Molière ridiculise pour l'ignorance dont ils font preuve, ce qui ne les empêche pas, en honorables « hommes de science », de mépriser les praticiens qu'étaient les barbiers, chirurgiens et officiers de santé, et bien davantage encore les sages-femmes.
8. En référence au dieu grec de la médecine : Esculape. C'est la façon dont F.E. Fodéré, un des auteurs les plus connus de manuels, traite avec mépris les gardes-malades, leur reprochant de vouloir s'approcher des connaissances de la médecine. Son manuel a pour but de les mettre en garde contre de tels agissements.
9. C'est le mot qu'utilise F.E. Fodéré dans l'introduction de son *Manuel des gardes-malades*, publié en première édition à Strasbourg, F.G. Levraut, 1815.
10. À partir de la délivrance du brevet professionnel, les infirmières se constituent en « profession ». C'est la formation donnée par l'instruction qui confère le titre de « professionnel », non comme dans les corporations où l'on devient maître en ayant réalisé un chef-d'œuvre à partir de sa pratique. En fait, sociologiquement, la profession infirmière

manquant des assises d'un métier n'est reconnue que comme semi-profession, puisqu'elle n'a pas accédé à la reconnaissance professionnelle par ses propres savoirs lui donnant autorité pour avoir ses domaines propres de décision et d'initiative.

11. Ces savoirs ont rarement été retranscrits par les gens des métiers eux-mêmes, mais par les érudits, les lettrés que sont les astronomes, les mathématiciens, les philosophes (au sens grec du mot). Souvent condamnés par les prêtres et les clercs, la divulgation de ces écrits se fait de façon officieuse, au sein de sociétés secrètes — comme celle des maçons — ouvrant la voie aux sciences occultes. Au XVIII^e siècle, les connaissances venant des métiers feront l'objet des premiers ouvrages encyclopédiques, comme ceux de Diderot et de d'Alembert, en France.

12. Sciences exactes, mais aussi paléontologie, anthropologie et même sociologie. C'est en effet à partir des outils utilisés que se traduisent les façons de faire, qu'évoluent les cultures et que se sont constituées les institutions.

13. M.-F. Collière, *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1982, p. 240-248 ; 292-301.

14. Les gardes-malades mercenaires sont ces gardes qui, dès la fin du XVIII^e siècle, osèrent réclamer quelque forme de paiement pour pouvoir vivre des soins qu'elles prodiguaient. En offrant directement leurs prestations, elles étaient indépendantes, et échappaient à la tutelle des médecins.

15. C'est une aberration (au sens propre du mot) de mettre les élèves-infirmières dans la situation de donner des soins aux personnes âgées, d'accompagner des mourants, sans avoir jamais prodigué des soins autour de la naissance, tant à la mère qu'à l'enfant.

16. Aborder les grands passages de la vie suppose de puiser à des sources de connaissances aussi diverses que : H. Selye, *Le Stress de la vie*, Montréal, Éd. de la Presse, 1974 ; F. Loux, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, 2^e éd., Paris, InterEditions, 1990 ; A. Van Gennep, *Manuel de folklore français contemporain*, t. 1 : *Naissance, baptême, fiançailles* ; t. 2 : *Mariage, funérailles*, Paris, Picard, réédition 1982. Dans cet ouvrage, p. 179-192.

17. E. Kübler-Ross, *Les Derniers instants de la vie*, Genève, Éd. Labor et Fides, 1975.

18. C'est une autre forme d'approximation que celle des grilles systématiques dont les effets aboutissent le plus souvent à catégoriser les personnes et à les immobiliser dans leur état (voir p. 394-395).

19. La prescription médicale fait de l'infirmière une exécutante médicale, y compris dans les domaines qui ne sont pas de la compétence du médecin. En aspirant à élargir le champ des tâches médicales, plutôt que de développer leur propre champ de compétence : les soins (*care*), les infirmières se mettent quasi totalement sous la tutelle médicale et administrative : l'administration ne reconnaissant que ceux qui détiennent un pouvoir de décision.

20. Relèvent aussi directement de l'activité du médecin, sans qu'il soit autorisé à les déléguer, des actes comme : la pose de transfusion, de certains cathéters, etc. qui glissent très fréquemment vers l'exercice infirmier, à l'encontre de toute responsabilité juridique. Les infirmières sont très surchargées dans les services, mais si elles n'acceptaient déjà pas d'obtempérer à tout ce qui, de fait, est exercice illégal de la médecine, elles recouvreraient du temps pour ce qui est de leur exercice propre. Cela ne peut pas seulement relever de décisions individuelles, mais il appartient aux organismes professionnels : syndicats, associations, d'en avoir le souci et d'y veiller.

21. Ceci demanderait à être longuement développé et argumenté, mais il n'est pas possible de le faire dans le cadre de cet article. Voir M.-F. Collière, « Les Soins de santé primaires,

une expression à la mode ? Ou une option sociale, économique et politique ? » (Voir p. 271-196 et 305-326.)

22. Voir à ce sujet « Politique en faveur d'une amélioration des conditions de travail », Association suisse des infirmières et infirmiers, Berne, 8 juin 1989.

23. Ce SAVOIR infirmier, qui n'a rien à voir avec cette malheureuse et très préjudiciable dichotomie entre « savoir-faire » et « savoir-être », mais qui représente un ensemble de connaissances élaborées à partir de l'exercice de donner des soins, confronté et enrichi par d'autres sources de connaissances bio-anthropo-sociologiques.

Réflexion sur une nouvelle approche des soins infirmiers de santé publique*

Pourquoi parler d'une nouvelle approche des soins infirmiers de santé publique ?

Parler d'une nouvelle approche dans ce domaine, c'est sous-entendre que quelque chose a changé. Il importe donc, d'une part, de s'interroger et de prendre en considération ces changements et, d'autre part, de se demander s'ils ont des incidences au niveau de la santé, et par voie de conséquence, s'ils affectent les soins infirmiers de santé publique.

* Depuis qu'en 1938 s'opéra en France le rattachement des Infirmières Visiteuses de l'Enfance et de la Tuberculose aux assistantes sociales, la formation des infirmières se trouva entièrement confinée au sein de la structure hospitalière ; aussi, ne se proposant de former que des infirmières hospitalières, avait-elle relégué les questions concernant la santé publique. Or, il se trouvait que les infirmières appelées à exercer en dehors de l'hôpital comme les infirmières puéricultrices de santé maternelle et infantile, les infirmières de santé scolaire, les infirmières d'hygiène du travail, les infirmières de soins à domicile, n'étaient aucunement préparées non seulement à aborder les usagers des services de santé en dehors de la structure hospitalière, mais aussi à discerner les problèmes individuels et collectifs de santé publique. La création d'une option en soins infirmiers de santé publique dans le cadre de la formation supérieure universitaire débutée à Lyon, en 1965, au sein de l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur, introduisit à nouveau cet optique de santé publique pour les soins infirmiers. À la faveur des courants sociaux de 1968 et des nouvelles orientations de l'approche de la santé s'affirmant dans différents pays, cette conception que les soins ne concernent pas que la maladie commençait à faire son chemin. Cet article fut écrit pour révéler ces nouvelles orientations qui commençaient à influencer le milieu infirmier.

QUELS CHANGEMENTS S'OPÈRENT DANS LE MONDE D'AUJOURD'HUI ?

Des changements de tous ordres et touchant à tous les domaines de la vie de l'homme interviennent aujourd'hui, même si dans bien des circonstances il ne semble pas que nous soyons directement concernés, car ils ne paraissent pas modifier immédiatement quelque chose dans notre vie. Et pourtant, même si ces changements sont encore imperceptibles, selon qu'ils se font à un rythme plus ou moins rapide, ils n'en sont pas moins réels et nous amènent à faire de nouveaux choix. En effet, « ils envahissent notre vision du monde en la modelant, et modifient ainsi radicalement nos rapports avec les autres hommes, avec les choses et avec l'univers des valeurs, de l'art et des idées dans sa totalité »¹.

Chaque jour s'opère une transformation de notre société, ce qui entraîne de nouvelles formes d'organisation sociale.

S'il n'est pas possible d'évoquer ici tous les différents changements qui se sont opérés au sein de la société moderne depuis le dernier quart de siècle, il semble important de rappeler que **le processus de changement est amorcé à chaque fois qu'il y a mise en place d'une nouvelle technologie**. Ce changement sera d'autant plus sensible que le laps de temps écoulé entre la conception originelle d'un procédé ou d'une technique et son emploi pratique sera réduit, et que leurs possibilités d'utilisation s'étendront à des domaines très divers et très différenciés.

Ainsi, ne prenons pour exemple que les découvertes faites dans le domaine de l'électricité et l'atome. La variété infinie de l'utilisation de l'énergie électrique et nucléaire intervient dans des champs aussi divers que celui des transports et télécommunications terrestres et spatiales ; celui des multiples possibilités ouvertes à l'investigation et à la thérapie médicale, jusqu'aux modifications apportées au niveau des moyens de production industrielle, et aux usages multiples d'appareils électro-ménagers qui transforment la vie de la femme dans son foyer.

Mais il est vital de comprendre que le progrès technologique affecte toutes nos conditions d'existence, qu'elles soient d'ordre biologique, démographique, social et culturel. Ses incidences se font sentir aussi bien au niveau de **l'allongement de l'espérance de vie**, et par voie de conséquence, bouleversent les rapports de densité démographique entre populations jeunes et populations âgées (avec toutes les implications économiques et sociales que cela entraîne), qu'elles influencent les usages alimentaires, le logement, l'urbanisme, les choix d'investissements moné-

taires, que ce soit au niveau d'une famille, d'une entreprise, ou d'un État. C'est dire que le progrès technologique modifie toute notre représentation du monde, notre façon de penser ou d'agir, nos relations sociales, nos habitudes de vie et par le fait même, remet en cause certaines conceptions. C'est le cas pour celle de la santé.

INTERROGATION SUR LA CONCEPTION DE LA SANTÉ AU REGARD DE L'ÉVOLUTION DE LA VIE, ET DE L'APPORT DES CONNAISSANCES DES SCIENCES HUMAINES

Pendant des milliers d'années, ce qui caractérise l'histoire de l'humanité, ce fut **la lutte pour maintenir la survie de l'espèce humaine** afin de lui permettre de se reproduire et de se prolonger. La précarité des ressources alimentaires, des moyens économiques, l'impuissance à combattre la maladie faisaient qu'il était quasi impossible d'imaginer la santé.

- **La notion de santé est relativement récente** dans le monde occidental, disons qu'elle apparaît avec l'ère industrielle, en raison des nouvelles possibilités offertes par l'application des découvertes scientifiques, et particulièrement dans le domaine de la médecine : en se penchant sur la recherche bactériologique, il a été possible d'identifier les causes de nombreuses maladies qui sévissaient à l'état endémique. Ces découvertes influencèrent considérablement la représentation que nous nous étions faite de la santé : d'abord en la considérant pendant très longtemps comme étant l'« absence de maladie », ensuite en la limitant au seul aspect physique. La médecine avait découvert des bactéries et des microbes qui affectaient tel ou tel organe (le pneumocoque, le méningocoque, le bacille de Koch, le bacille du tétanos). Œuvrer pour la santé, c'était donc partir en guerre contre tous ces microbes, c'était mettre en place tout un dispositif d'action, tout un arsenal stratégique pour repousser le front de l'agression microbiologique. Ainsi, tout fut mis en œuvre pour lutter contre les maladies transmissibles, contre les fléaux sanitaires et sociaux : lutte pour le maintien de la vie et, en particulier, action de protection maternelle et infantile. C'est à partir de cette conception de la santé que s'établirent en Europe les fondements de nos structures sanitaires : dispensaires de lutte contre la tuberculose, dispensaires de lutte contre la syphilis, centres de protection maternelle et infantile, etc. D'où l'influence encore aujourd'hui, de ces premiers concepts sur notre action sanitaire.

• **Une seconde étape** dans la conception de la santé apparut au lendemain de la deuxième guerre mondiale ; elle se résume dans cette formule lapidaire de l'OMS : « La santé n'est pas seulement représentée par l'absence de maladie, elle est un état de complet bien-être physique, mental et social ». Cette nouvelle notion de la santé avait l'avantage de souligner deux aspects importants :

— Premier avantage : **la santé n'est pas seulement absence de maladie**, et nous exploitons très rarement la signification d'un tel critère. Il implique entre autres que, lorsqu'il y a maladie, il n'y a pas forcément perte de la santé, mais seulement altération, modification. Ce n'est pas le tout ou rien. Par voie de conséquence, au niveau de l'action sanitaire, cela devrait impliquer que lorsqu'il y a maladie, il importe bien davantage **d'utiliser tout ce qui reste de santé**, c'est-à-dire de capacités de vie, pour lutter contre la maladie plutôt que de se centrer uniquement sur la maladie elle-même.

— Le second avantage est d'avoir montré **l'interrelation existant entre l'aspect physique, mental et social de la santé**. Mais là aussi, cette connaissance reste bien souvent intellectuelle et influence peu notre action sanitaire, celle-ci restant bien davantage centrée sur l'aspect physique. Ainsi peuvent en témoigner tous les bilans et examens de « santé » pratiqués dans nos centres de consultations et nos hôpitaux. Malgré les exhortations de certains grands cliniciens, tel Alexis Carrel qui insistait tant sur le fait que « **l'homme est un tout insecable**, qu'il s'agit d'appréhender dans toutes ses activités, celles qui se manifestent ordinairement, et aussi celles qui peuvent rester virtuelles », les interactions physiques, mentales et sociales sur la santé de la personne et des différents groupes sociaux sont encore très peu explorées, sinon ignorées ou quasi totalement méconnues.

Compte tenu des avantages qui viennent d'être mentionnés, il importe de montrer les limites d'une définition de la santé comme celle proposée par l'OMS.

Tout d'abord, une définition risque d'enfermer, de se stratifier en idéologie et par le fait même, de s'écarter du réel. Le complet bien-être peut-il être compatible avec **la vie qui est effort et lutte** ? Ensuite, cette définition doit être resituée dans son contexte historique, c'est-à-dire en 1946, à un moment où l'on était loin d'avoir acquis toutes les connaissances que nous avons à l'heure actuelle dans le domaine de la biologie (spécialement ces dernières années avec les découvertes faites en matière de génétique), et le développement des sciences humaines. Tout ceci doit nous servir à reconsidérer la notion de santé, et à chercher les implications multiples au niveau de l'action sanitaire et sociale.

• Nous arrivons donc à une **troisième étape**, celle de la **conception de la santé et de la maladie**. L'une comme l'autre n'existent pas tant comme des entités en soi, mais elles sont **étroitement dépendantes de la vie dans ses différentes manifestations**. En effet, parler de la santé sans la vie, dont elle est une manifestation, semble impossible. Imaginerait-on de parler de la santé de quelqu'un qui n'existerait pas ? C'est inconcevable, parce qu'évoquer la santé de quelqu'un, c'est reconnaître implicitement qu'il vit. **Santé et vie** sont intimement liées, en ce sens que **la santé représente l'ensemble des possibilités qui permettent à la vie de se maintenir et de se développer**. Reconnaître ce lien entre santé et vie, c'est du même coup reconnaître la très grande complexité de la notion de santé : c'est partir des aspects fondamentaux de la vie et s'apercevoir qu'ils sont directement déterminants au niveau de la santé. Ainsi, à la lumière des diverses connaissances que nous avons de la vie humaine, il apparaît que **la santé, comme la vie, se situe dans un processus dynamique** ; elle ne peut en aucun cas être considérée comme un état, ce qui la fixerait dans le temps. Bien au contraire, elle est mouvante, changeante en relation avec l'âge, les conditions de vie, les relations familiales et sociales. Comme la vie, elle est **précaire et instable**. Comme la vie, elle revêt un caractère d'**unicité** et de **singularité**, c'est-à-dire que liée à la constitution génétique de l'être vivant lors de sa conception, elle dépend étroitement de cet événement initial et de tous les événements qui arriveront ensuite à l'être humain, compte tenu de son environnement biologique (milieu interne, tel que le soulignait Claude Bernard) et de son environnement social (milieu externe).

La santé comme la vie dépend de l'environnement, des conditions d'existence ; elles vont être déterminantes sur les modes de vie des personnes et des familles. Tout va jouer au niveau de la vie de quelqu'un : les conditions de la conception (je ne parle pas seulement ici des seules conditions bio-physiques, mais également des conditions affectives et économiques), le milieu de naissance, le milieu familial, le milieu scolaire, le milieu professionnel, les loisirs, les centres d'intérêt, etc. Ainsi, chaque être humain a des caractéristiques biologiques et des capacités de développement qui lui sont propres, compte tenu de l'héritage chromosomique qu'il a reçu et du milieu de vie dans lequel il se trouve. Aussi convient-il de souligner le caractère de **relativité de la santé**. Comme l'a fait remarquer René Dubos, célèbre biologiste, la santé d'une danseuse n'est pas la même que celle d'une secrétaire ou que celle d'un pilote d'avion à réaction ; celle d'un ouvrier métallurgiste est différente de celle d'un coiffeur ou d'un astronaute. Il en est de même pour **la maladie qui est une**

manifestation de la vie avec laquelle elle interfère. Claude Bernard l'avait déjà souligné en faisant remarquer que « la vie est identique à elle-même dans la santé et dans la maladie ». Nous savons aussi maintenant que la santé n'est pas seulement liée aux conditions de vie, qu'elles soient d'ordre biologique, économique et sociale, mais qu'elle est directement influencée par **le sens que chacun va pouvoir trouver dans l'existence**. De plus en plus, nous serons confrontés avec des problèmes de santé laissant paraître des manifestations psycho-somatiques, ou mentales ; elles seront liées à des situations de vie qui ne pourront pas s'expliquer en ayant recours aux seules investigations biologiques.

Ainsi la santé n'apparaît plus tant comme une valeur en soi, une entité à part, mais située dans le processus dynamique de la vie, elle fait appel à une créativité toujours renouvelée, c'est-à-dire qu'elle est **découverte et mobilisation permanente du réseau de capacités et de potentialités de chaque personne**, compte tenu de ses conditions de vie, et ceci, à commencer bien sûr par nous-mêmes.

Au niveau des groupes sociaux, **la santé publique** apparaît comme l'exploitation de l'ensemble des ressources économiques, éducatives, sociales et culturelles, afin que chacun puisse trouver la possibilité de réaliser sa vie, en fonction de ses aptitudes et de ses aspirations et afin que l'ensemble du groupe social puisse progresser. C'est dire que la santé publique ne peut être le seul fait des professions médicales et paramédicales et c'est déjà exprimer que ces professions sont appelées à travailler en interdisciplinarité.

EN QUOI CECI REMET-IL EN QUESTION LES SOINS INFIRMIERS DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Il apparaît de bonne logique que si ce qu'il faut entendre par santé et par santé publique s'est modifié, on doit retrouver les incidences de ces changements au niveau des soins infirmiers, et se poser la question : Que voulons-nous **faire des soins infirmiers** ? Faut-il continuer à les envisager **seulement** dans une optique de lutte contre la maladie ou l'accident, même si cette lutte dépasse l'optique curative et revêt un large caractère de prévention ? Faut-il élargir notre conception et admettre que les soins infirmiers interviennent au sein d'une action qui regroupe à la fois l'aspect préventif et l'aspect curatif, mais qu'ils restent uniquement centrés sur le caractère « médical » de la santé, vue comme une entité isolée ? Ou faut-

il que les soins infirmiers contribuent d'une façon beaucoup plus large au développement de l'être humain au sein de son milieu familial, professionnel et social ?

Nos actes sont le reflet de nos représentations venant à générer nos croyances et nos certitudes, qu'elles soient personnelles ou en relation avec le groupe professionnel ou social auquel nous appartenons.

Il importe donc de nous interroger, en tant qu'infirmières de santé publique, sur nos représentations de la santé et les formes de croyances qu'elles engendrent, pour orienter le genre de soins infirmiers que nous prodiguerons.

La santé représente-t-elle encore pour nous tout ce qui n'est pas maladie, dans ce cas, partons-nous en guerre contre tel ou tel fléau sanitaire pris isolément, sans le resituer dans un contexte d'ensemble ? Ou la santé représente-t-elle un capital de vie dont il faut savoir exploiter toutes les composantes biologiques, intellectuelles et affectives, apprendre à discerner leurs interrelations, afin d'identifier comment chaque être humain pourra développer ou se servir de ses aptitudes, et trouver sa raison d'être ? Opter pour le deuxième aspect n'exclut pas de prendre en considération ce qui pourra interférer de façon défavorable, mais d'abord miser sur tout l'aspect dynamique et créatif de la santé en cherchant à mobiliser toutes les énergies et les ressources existantes ou restantes pour assumer au mieux la vie.

Les soins infirmiers de santé publique ne peuvent plus être pratiqués dans l'ignorance de tout l'apport des sciences biologiques (je ne dis pas pathologiques) et psycho-sociales. Pour pouvoir répondre à leur fin, dans notre société en mutation, il faut s'interroger sur tout ce qui va influencer le devenir de la personne et de la société, car **la santé de l'homme est directement liée à toutes les conditions de vie qu'il rencontre et rencontrera.**

QUELLE EST CETTE NOUVELLE APPROCHE DES SOINS INFIRMIERS DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Pendant longtemps, les soins infirmiers, et particulièrement les soins infirmiers dits « de prévention » ont été orientés vers une action d'application des mesures sanitaires, une action de contrôle, et une distribution de conseils relevant de principes et de normes bien établis. Ce fut là un premier stade d'une action sanitaire systématique qui peut se montrer et s'avérer fort nécessaire, dans un premier temps, pour que l'ensemble d'une population

puisse atteindre un certain niveau de santé publique, compte tenu du stade de son développement économique et de son niveau d'éducation.

L'efficacité de ce type d'action sanitaire ne peut être durable. Très vite, après avoir atteint un certain palier d'assainissement, elle tombe dans la routine et se montre peu efficace car elle reste centrée généralement sur la lutte et l'éviction de la maladie, **plutôt que sur les difficultés de vie rencontrées par les personnes et les familles, et sur le souci de développer leurs capacités de pouvoir y faire face et y répondre.**

Ainsi, si les soins infirmiers de santé publique ne veulent pas tomber dans la désuétude, il importe qu'ils reconsidèrent leur orientation et qu'ils se donnent une procédure d'approche et des moyens appropriés pour mieux participer à l'action de santé.

RECONSIDÉRER L'ORIENTATION DES SOINS INFIRMIERS DE SANTÉ PUBLIQUE

Comme le stipulait déjà en 1958, à Helsinki, la Conférence européenne sur les services infirmiers de santé publique organisée par l'OMS, les soins infirmiers de santé publique sont axés sur la famille. « Pour traiter la **personne humaine toute entière et non pas seulement son problème sanitaire**, il faut la considérer en tant que membre d'une famille et d'une collectivité ».

C'est dire que l'orientation des soins infirmiers de santé publique n'est plus centrée sur le problème sanitaire en soi, pris isolément, mais sur la personne et son entourage. Les soins infirmiers vont considérer l'interrelation qui existe entre les conditions de vie de la famille, son niveau d'éducation, ses capacités d'adaptation, pour l'amener peu à peu à devenir de plus en plus apte à utiliser les moyens et les ressources dont elle dispose pour répondre de façon appropriée à ses besoins de santé. Ils ont pour but de rendre la famille et la personne plus capable d'identifier ses besoins sanitaires, de l'amener à participer, compte tenu de ses besoins et de l'ensemble de ses possibilités, à l'action sanitaire qui la concerne. Ils contribuent à développer ses aptitudes de discernement et de choix pour savoir utiliser ce qui lui sera nécessaire ou favorable pour répondre à ses besoins de santé, compte tenu de ses habitudes et de ses conditions de vie. En résumé, **les soins infirmiers se proposent :**

— **de participer activement à tout ce qui peut contribuer à développer le potentiel de vie de la personne insérée dans son réseau familial et social ;**

— **de chercher à utiliser au maximum tout ce qui reste de ce potentiel de vie**, lorsqu'elle se voit affectée ou diminuée par la maladie ou un handicap, quelle que soit la variété des origines et des formes que ces derniers peuvent revêtir.

Cette orientation, basée sur tout ce qui existe ou sur tout ce qui reste de capacités de faire face à la situation, situe l'action dans une perspective assez radicalement différente de celle centrée uniquement sur la maladie pour la prévenir ou la traiter. **Il s'agit ici de chercher tout ce qui peut être développé, et de susciter et stimuler le développement des aptitudes physiques, mentales et sociales pour conforter ce qui existe ou ce qui reste d'autonomie, discerner ce qui est à compenser, stimuler et libérer les capacités potentielles.**

On pourrait prendre de nombreux exemples, que ce soit sous leur forme préventive ou curative. Pour les soins infirmiers de santé publique ainsi orientés, un mode d'approche approprié doit pouvoir permettre d'évaluer les différentes capacités et les possibilités dont dispose la personne insérée dans son groupe social, et de savoir les utiliser.

SE DONNER UN MODE D'APPROCHE APPROPRIÉ

Cette approche se caractérise essentiellement par les points suivants :

- elle part d'une approche globale de la situation ;
- elle considère la personne et la famille comme détentrice des éléments fondamentaux qui régissent la situation ;
- elle est interrogative et cherche à connaître et à identifier les besoins et les problèmes sanitaires, compte tenu des capacités et ressources existantes ; pour ce faire, elle utilise un processus d'analyse ;
- enfin, elle requiert l'action concertée.

Une approche globale de la situation

En se rendant dans une famille pour une question déterminée, lors d'une visite de nourrisson, de soins à un hémiplegique, ou d'une visite auprès d'un malade tuberculeux, la question ne saurait être dissociée du contexte familial et social mais demande à être resituée dans son ensemble ; cela requiert de chercher les liens qui existent entre le problème sanitaire et la situation globale.

Ce mode d'approche ne consiste pas seulement à avoir des informations sur le logement, la situation du logement dans le quartier, la profession, les ressources financières, etc. Les infirmières détiennent très souvent ce genre d'informations, qui restent souvent non **significatives**, en ce sens que les infirmières n'ont pas été initiées à créer de lien entre le besoin ou le problème sanitaire et ces réalités journalières qui constituent la trame de vie des familles. Isolés de cette trame de vie, le besoin ou le problème deviennent des entités en soi, ils relèvent de la typologie, c'est-à-dire qu'ils sont perçus à partir du type de question de prévention ou de pathologie, et l'action qui s'ensuit est une action « typée », c'est-à-dire basée sur des normes généralisables à tout le monde, mais où personne ne se retrouve réellement.

Ainsi, prenons un exemple dans le domaine de la protection maternelle et infantile. Une infirmière de santé publique se rend au domicile d'une famille en vue d'une question de diététique concernant un nourrisson. Elle procurera des soins infirmiers et aura une action éducative bien différente selon qu'elle parlera à la mère de famille du régime alimentaire en soi, pris isolément, ou qu'elle aura su resituer toute l'alimentation de cet enfant dans le contexte global de la vie familiale, c'est-à-dire en tenant compte des ressources financières de la famille, des achats d'aliments faits habituellement pour l'enfant et les autres membres de la famille, des heures de repas en relation avec le travail de la mère ou de la personne qui s'occupe de l'enfant, des repas des autres enfants s'il y en a, etc. En isolant le problème, elle risque de voir son action être très peu efficace et très limitée, voire inutilisable. La resituant dans un contexte global, elle va chercher tout ce qui est déjà utilisable dans la situation, et permettre à la mère de famille de mieux en tirer parti.

Une approche qui considère la personne et la famille comme détentrices des éléments fondamentaux de la situation

À la lumière de ce qui vient d'être exprimé, cette approche requiert une utilisation différente des connaissances des travailleurs sanitaires, groupe auquel se rattache les infirmières de santé publique. Jusqu'à présent, et dans la plupart des cas, notre approche des problèmes sanitaires auprès des personnes que nous étions appelées à aider se faisait à partir d'un seul type de connaissances : **les nôtres**, celles que nous avons acquises sur une variété de questions, par un enseignement, souvent assez dogmatique. Ainsi, la réponse à apporter à des besoins ou problèmes sanitaires consis-

taut le plus souvent à formuler le problème en termes correspondant à ce que nous connaissons déjà sur la question, et ensuite à chercher dans l'arsenal des solutions, celles paraissant le mieux correspondre au problème théorique.

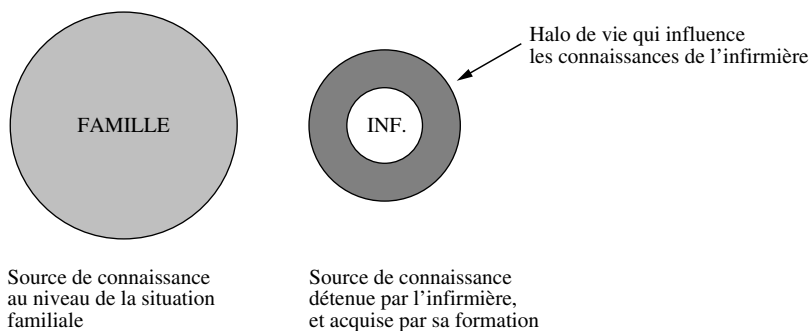
Aujourd'hui, l'apport des sciences humaines nous a appris qu'il est beaucoup plus important :

- de savoir écouter, que d'interroger ;
- de savoir recueillir des informations au cours de la relation, en nous départissant de nos jugements de valeurs, en relativisant nos critères normatifs ;
- de ne pas parler ou expliquer à partir des connaissances générales acquises, mais à partir d'éléments constitutifs de la situation familiale, à partir de ce qui est déjà connu, acquis et familial (pour la famille) et de ce qui est vécu (par elle) comme important.

Ainsi nous trouvons-nous devant une deuxième source de connaissance qui devient prioritaire et que nous avons perdue de vue ou exclue pendant très longtemps : **cette source, elle se trouve au sein même de la situation familiale**. Nous sommes donc en présence de deux sources de connaissances pour envisager de répondre à des besoins ou problèmes sanitaires :

- **celle qui vient de la situation** : ce sont tous les éléments fondamentaux qui constituent la situation, d'aspect économique, social, culturel, etc. ;
- **celle qui vient de l'infirmière ou du travailleur sanitaire**, et qui, outre sa formation, est directement influencée par tout ce qui constitue l'éducation qu'il a reçue et ses propres conditions de vie.

Ces deux sources de connaissance pouvant être ainsi représentées :



À ce niveau, tout va se jouer par l'interrelation qui se fera ou non entre ces deux sources de connaissances :

— Soit qu'il n'y ait aucune interférence et aucun lien, et l'action ne s'appuiera sur rien et deviendra vite inexistante.

— Soit qu'il y ait projection dans la situation des connaissances venant de l'infirmière, mais en ce cas il y a beaucoup de chance pour qu'elles soient reçues comme des corps étrangers, et très vite rejetées. Ceci entraîne la nécessité de recommencer, et amène vite la lassitude de part et d'autre.

— Soit que la source venant de la situation personnelle et familiale soit d'abord prise en considération, devienne le point de départ de toute analyse et oriente l'action.

Dans cette troisième possibilité, il appartient à l'infirmière de chercher les liens qui existent entre les différents éléments de la situation, et de voir quelles informations ou connaissances complémentaires il importe de conforter ou de procurer à la personne ou à la famille pour qu'elle puisse mieux répondre à ses besoins, par les moyens appropriés.

Pour identifier les éléments de la situation venant de la source familiale, il est nécessaire d'utiliser une approche interrogative et non faite *a priori*.

Une approche interrogative, cherchant à connaître et à identifier les besoins et les problèmes sanitaires, compte tenu des capacités et des ressources existantes

Pendant longtemps, nous allions chez les familles et nous nous faisons une image de la situation à partir de nos impressions qui sont, c'est bien connu, toujours influencées par nos propres normes de valeurs. Nous savons maintenant que pour que les soins infirmiers de santé publique de type préventif ou curatif et l'action éducative aient quelque signification et soient efficaces, il faut qu'il y ait au préalable **un bilan de la situation** concernant la personne ou la famille. Ce bilan ne peut se faire qu'en utilisant un processus d'analyse qui recherche et s'interroge sur les faits tels qu'ils sont vécus par la personne. Sans ce bilan, on part dans le vide, il s'agit d'approximation, l'action risque d'être orientée vers des directions en marge ou en opposition avec la situation réelle.

A partir des informations recueillies au cours de la relation au domicile ou au centre de santé, il importe donc d'analyser la situation et, de s'interroger sur :

- ce que la personne peut et sait faire seule,
- ce que la personne peut faire ou peut apprendre avec aide,

— ce que la personne ne peut pas du tout ou plus du tout faire et, de ce fait, requiert une forme d'aide spécifique.

Toute **cette interrogation s'insère**, comme nous l'avons déjà fait remarquer, **dans un contexte global**, et cherche à discerner les liens qui existent entre les différents éléments, et quels sont les facteurs qui influencent favorablement ou défavorablement cette situation.

Il convient aussi de noter que **tout bilan de situation s'inscrit dans le temps**, c'est-à-dire qu'il se situe à une période donnée, tenant compte de l'âge de la personne, du caractère temporaire ou durable de la situation. Tenir compte également de toute modification apportée au niveau de la situation, au fur et à mesure du déroulement de l'action. Souvent notre action infirmière devient statique et se fige parce qu'elle néglige ce fait primordial que **la santé, comme la vie est changement**, et qu'il faut donc sans cesse tenir compte de cette mouvance et être attentif à toute acquisition nouvelle, aux progressions ou régressions constatées, qu'elles soient du domaine de la physiologie, des mécanismes d'adaptation ou d'ordre mental et affectif. Nous sommes tous sujets au changement, et d'une fois sur l'autre, la personne que nous voyons, comme nous-mêmes, est un tant soit peu modifiée. **Toute situation et toute action qui ne se situent pas dans le temps sont impossibles à évaluer**, et c'est là une des grandes sources de découragement du personnel sanitaire, car sans repère précis dans le temps on ne peut discerner les modifications ou changements survenus, et très vite, il y a discordance entre les attentes, les espoirs et les réalisations.

C'est à partir de ce bilan que vont pouvoir être envisagés le type et le mode d'aide à apporter ainsi que les moyens à utiliser. Mais de la même façon qu'il n'apparaît plus possible d'isoler besoins et problèmes sanitaires, il est fort préjudiciable aux soins infirmiers de santé publique d'être dissociés d'une action sanitaire concertée avec toutes les personnes concernées par la situation.

Une approche d'action concertée

Un grand nombre de personnes interfèrent au niveau de l'action sanitaire et la rendent de plus en plus complexe. Nous invoquons bien souvent la pénurie de personnel et de moyens pour expliquer l'insuffisance de l'action sanitaire, mais on pourrait aussi bien invoquer l'inverse et constater la pléthore incohérente des moyens utilisés.

Dans toute situation, qu'elle soit sanitaire, sociale, économique ou autre, plus le nombre d'intervenants augmente, plus il devient indispensable de s'interroger ensemble sur la situation, et de chercher les objectifs d'une action commune ou chacun aura un rôle spécifique, compte tenu des impératifs de la situation et de la compétence de chacun.

Il devrait en être de même pour l'action sanitaire. Qu'elle soit de type préventif ou curatif, elle requiert un partage, un échange avec toutes les personnes qui peuvent être impliquées : médecin, sage-femme, kinésithérapeute, et ceci implique également un personnel non sanitaire, comme les enseignants des écoles, les professeurs d'éducation physique, les travailleurs sociaux, etc. Pour cela, il est nécessaire que nous apprenions à communiquer entre professions et à identifier ce qui va être important pour la personne et le milieu familial, si possible avec les intéressés, le type d'action à entreprendre, et qui interviendra dans cette action.

Ainsi, **le projet de soins infirmiers** s'établira en tenant compte de l'ensemble de l'action à envisager pour répondre aux besoins sanitaires. Cette action ne pourra atteindre son but que :

- si elle considère ce qui est important pour la personne et la famille (compte tenu de la situation, de la façon dont elle ressent cette situation, et de ses conditions de vie) ;

- si elle établit des priorités par rapport au degré d'urgence et d'importance des besoins sanitaires (tout en se rappelant que l'urgence peut masquer par son caractère d'acuité ce qui est plus important) ;

- si elle se donne des objectifs remis régulièrement en question, compte tenu de l'évolution de la situation ;

- si elle détermine la raison et la zone d'intervention des personnes qui seront amenées à travailler avec la famille, tout en s'efforçant de limiter le nombre des intervenants (surtout lorsqu'ils appartiennent à une même profession) ;

- si elle essaie de répondre progressivement aux besoins (on ne peut répondre à tous les besoins à la fois) sans les isoler du contexte global ;

- si elle est faite avec continuité.

Au début, l'action concertée requiert davantage de temps, car elle exige des rencontres et des échanges entre les diverses personnes concernées par la situation, mais elle se montre plus efficace car, au lieu d'agir isolément et parfois dans des directions divergentes, chaque travailleur sanitaire se trouve mieux situé par la famille ; celle-ci n'est plus tiraillée dans des directions différentes, et l'action se trouve imbriquée dans un ensemble au lieu d'être punctiforme et isolée.

L'action concertée permet aussi une analyse complémentaire des situations. Chacun devient davantage professionnellement responsable de recueillir les informations significatives, de participer au diagnostic de la situation à partir du champ qui lui est propre, et de proposer les solutions appropriées qui relèvent de sa compétence.

L'action partagée **en parité** avec d'autres travailleurs sanitaires et sociaux favorise une meilleure connaissance entre les professions, et oblige chacun à se situer en tenant compte des besoins réels des familles. Elle permet de mieux discerner la complémentarité des professions et ceci non pas de façon catégorielle et normative, mais en tenant compte des impératifs de la situation et de la prédominance d'un type de besoin ou de problème par rapport aux autres.

Cette action concertée ne se limite pas, bien sûr, aux seules actions faites à domicile. Mais, forte de toutes les constatations faites auprès des familles, elle devrait être envisagée au niveau de toute action sanitaire concernant l'ensemble de la collectivité. Dans ce domaine, les infirmières peuvent apporter une contribution irremplaçable en raison du contact très proche qu'elles ont avec de très nombreuses familles, et de la variété des genres de population qu'elles côtoient.

Après l'évocation sommaire du mode d'approche que semblent requérir actuellement les soins infirmiers de santé publique, disons que cette dernière ne se situe pas seulement au niveau d'une théorie méthodologique, et encore moins d'une procédure, mais doit se chercher constamment à partir des événements de la vie. **C'est à partir de situations concrètes qu'il importe de s'interroger.** Il n'y a pas de solution-clé. Il y a des problèmes qui demandent d'abord une capacité d'interrogation et de créativité. Mais cette interrogation ne peut être ni dissociée de son contexte, ni faite sans impliquer toutes les personnes concernées par la situation (tout au moins au départ), et cela à différents moments pour en appréhender la dynamique. La précision de constatations concrètes permettent de discerner l'action à entreprendre... à poursuivre... ou à clore.

Avant d'achever de parler de ce mode d'approche des soins infirmiers de santé publique, il semble également important de constater que cette approche des situations familiales écarte l'action systématique et s'éloigne de l'action de routine. Partant des besoins existants, elle se propose de développer la capacité des familles, pour appréhender les difficultés ou obstacles qu'elles rencontrent. Cela requiert d'**évaluer le degré de risque et de vulnérabilité** que celles-ci peuvent connaître et d'établir le mode d'action éducative et sa fréquence en relation avec l'évaluation de

la vulnérabilité². C'est l'estimation de l'action à entreprendre qui déterminera la charge et la répartition du travail du service infirmier.

Quelle sera la société nouvelle qui nous attend ? Quelle sera la place de l'homme dans cette société appelée à connaître davantage encore l'accélération du rythme du changement ? Nous laisserons-nous envahir par la marée montante de la technologie sans avoir pris conscience des profonds remous qu'elle provoque ? Faut-il se demander en quoi les soins infirmiers se trouvent concernés ? Si les soins infirmiers ont quelque contribution spécifique à apporter à la vie des êtres humains, comment pourraient-ils ignorer les changements qui s'opèrent au niveau de la vie économique, sociale et culturelle ? Comment pourraient-ils ne pas bénéficier de l'apport des connaissances biologiques et humaines pour mieux répondre à leur raison d'être : **aider à vivre**, en discernant toutes les capacités de vie et de développement humain qui constituent le bien le plus précieux de chaque homme, et en contribuant à lui permettre de l'utiliser au mieux ? Mais est-ce tellement sur les soins infirmiers qu'il faut nous interroger, ou sur la conception que nous en avons ? Ne dépendent-ils pas de nos représentations de la santé et de nos croyances en ce qui aide à vivre selon qu'elles sont figées sur une santé à caractère doctrinal ou si elles s'appuient sur ce qui développe les capacités de vie en tenant compte des dimensions culturelles ?

C'est dire que s'interroger sur une nouvelle approche des soins infirmiers de santé publique et sur la qualité du service rendu ne peut que conduire à s'interroger sur la formation des infirmières. Cette formation consiste-t-elle essentiellement à apprendre à appliquer des connaissances, ou encore à utiliser un savoir-faire ? Ou bien cette formation permet-elle aux infirmières et les amène-t-elles **à explorer et exploiter des situations concrètes, telles qu'elles apparaissent dans la vie**, à identifier des besoins, des ressources et des problèmes, à avancer des hypothèses, à chercher des solutions adaptées, à évaluer l'action proposée, et à acquérir, à partir de faits connus, des **connaissances significatives** ?

Repenser l'approche des soins infirmiers de santé publique soulève également la question de la fixité ou de la mobilité des structures. Nous avons été habituées à insérer notre action au sein de structures solidement étayées, voire immuables ; il ne nous est plus possible d'agir dans des cadres d'organisation très fermement établis sans limiter considérablement le champ opérationnel et la portée de l'action sanitaire. Toutefois, il faut bien reconnaître que les structures que nous mettons en place sont le reflet de nos comportements, de nos attitudes et de nos attentes. Le premier de tous les changements passe d'abord par nous-mêmes.

Notes

1. A Toffler, *Le Choc du futur*, Paris, Denoël, 1971, p. 31.
2. Voir OMS, « La Santé du petit enfant », rapport sur un symposium européen, Malte, 1969, Bureau de l'Europe, Copenhague, 1971, p. 50-61.

Bibliographie

- Carrel Alexis, *L'Homme cet inconnu*, Paris, Plon, 1975.
- Collière Marie-Françoise et al., *À la découverte de la santé*, numéro spécial BIP, juillet 1971.
- Dubos René, *Mirage de la santé*, Paris, Denoël, 1961.
- OMS, *Conférence européenne sur les services infirmiers de santé publique, Helsinki, 1958*, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1959.

Réflexion sur la pratique infirmière au sein de l'action sanitaire et sociale*

Nombreux se sont demandé si les infirmières travaillant dans le secteur extra-hospitalier font encore des soins infirmiers. À la rigueur, les infirmières de soins à domicile qui se rendent auprès de malades se voient reconnaître une pratique de soins infirmiers puisqu'elles adressent leurs prestations à des malades, font des soins curatifs. Mais les autres infirmières... celles qui voient exceptionnellement un malade comme une infirmière exerçant en milieu scolaire, ou en milieu d'entreprise... celles qui, le reste du temps, font des bilans de santé, des visites d'embauche, des entretiens à l'occasion d'une visite à l'infirmerie d'un enfant, d'un travailleur qui vient demander autre chose qu'un geste curatif... Est-ce là encore soigner ?... Et, *a fortiori*, les infirmières-puéricultrices et les infirmières qui sont supposées voir des mères, des enfants, des couples « bien-portants » et dépister ceux qui ne le « sont pas », ceux pour qui un signalement a été fait, sont-elles encore dans un processus de SOINS ?

Pour les unes comme pour les autres, le mot SOIN ne revêt pas le même sens, n'a pas la même portée, ni la même signification. Ou bien il va

* Cet écrit publié dans « *Santé et milieu de vie* » (Cahier de l'AMIEC n° 4, 1978) est l'aboutissement d'une analyse de dix années de travail (1968-1978) réalisé avec des infirmières-puéricultrices et des assistantes sociales de PMI, des infirmières de santé scolaire, comme de soins à domicile, années où de nombreux travailleurs sanitaires et sociaux se sentaient engagés dans le questionnement de leur pratique en voulant se distancer d'un contrôle ou d'une action éducative normative pour devenir beaucoup plus attentifs aux préoccupations et aux problèmes rencontrés par les gens et chercher AVEC EUX les possibilités d'y faire face et de les dépasser. Le cahier « *Santé et milieu de vie* », auquel contribuèrent par leurs travaux les étudiants de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieure, apportait une vision neuve à une conception dogmatique de la santé publique.

garder une connotation avec l'aspect maladie, et en ce cas il est utilisé comme indicateur de la prestation donnée, et même très codifié en acte. On est ici devant le soin-acte, le soin-tâche, le soin-geste lié à une raison d'intervention très précise : demande d'injection, demande de pansement, demande de soins d'hygiène. Mais lorsqu'il n'y a plus ces supports, lorsque la demande n'est pas liée à une maladie, voire lorsqu'il n'y a même plus de demande du tout comme dans de nombreux cas de visites de PMI, faut-il encore parler de soins ?

L'infirmière peut-elle être encore identifiée par ce qu'elle fait ? Les tâches, les activités qu'elle a, ont-elles encore quelque lien avec la formation professionnelle qu'elle a reçue ? Est-elle encore une professionnelle ? une soignante ? Certaines disent : « J'ai découvert autre chose, mais j'ai tellement perdu au niveau professionnel. Je ne suis plus une professionnelle ». Comment en ce cas peuvent-elles se situer, trouver leur place avec d'autres travailleurs sanitaires et sociaux ? Comment échapper à la culpabilisation d'avoir « quitté le métier » ? Comment à partir des situations construire un projet professionnel, un projet partagé avec d'autres : la famille, le groupe de quartier, les autres travailleurs sanitaires et sociaux ? À quoi se référer : toutes les marques, le rituel, le cadre institutionnel de l'hôpital, sa philosophie, ses orientations, tout a disparu. S'il reste encore la maladie, il demeure les tâches, les actes qui s'y rattachent, qu'on a si longtemps appelé « soins ». Mais, si la maladie elle-même disparaît comme support de la prestation, comme support de la relation... que reste-t-il ?

Les difficultés et le désarroi professionnels que peuvent connaître bon nombre d'infirmières qui ont bifurqué du secteur hospitalier vers le secteur extra-hospitalier, peuvent être attribués à un ensemble de facteurs liés à la profession elle-même (facteurs endogènes), et à ceux émanant du vaste champ dans lequel s'insère l'exercice professionnel, qui est celui de l'action sanitaire et sociale (facteurs exogènes). Ces facteurs sont eux-mêmes profondément influencés par les orientations politiques, économiques et sociales déterminées par des choix de société.

Il n'apparaît pas possible ici d'identifier et d'analyser l'ensemble de ces facteurs ainsi que leur interaction, mais il semble important d'en mettre en évidence certains qui ont joué un rôle prépondérant.

FACTEURS LIÉS À LA PROFESSION (FACTEURS ENDOGÈNES)

Je retiendrai :

— la méconnaissance de la conception, de la dimension et du processus des soins infirmiers qui se différencient du « soin-acte » ou du « soin-tâche » ;

— la non-connaissance de différents milieux de vie, autres que le milieu hospitalier, et la façon dont ils influencent le processus santé-maladie.

L'un et l'autre de ces facteurs sont déterminés par la formation infirmière dont les orientations et les moyens utilisés demeurent hospitalocentristes.

LA MÉCONNAISSANCE DE LA CONCEPTION, DE LA DIMENSION ET DU PROCESSUS DES SOINS INFIRMIERS

La formation a forgé une conception des soins **centrés sur la maladie**, que l'on a traitée isolément, en soi. La conception médicale des soins et la parcellisation des tâches a abouti à identifier les **soins comme des actes isolés, qu'ils soient de caractère technique ou relationnel**. Cette conception a séparé les soins, dont les soins infirmiers, de tout ce qui peut leur donner une réelle signification : le contexte de VIE dans lequel ils s'insèrent.

Sans revenir ici sur toute l'analyse de ce que représente « SOIGNER »¹, il est important de constater que lorsque SOIGNER retrouve tout son sens, qu'on le situe comme une variété d'activités qui visent à maintenir, entretenir la VIE et à lui permettre de se continuer et de se reproduire, toute la pratique infirmière se fonde sur une conception et une dimension autrement large et enrichissante des soins qui ne sauraient se limiter aux seuls soins curatifs ou de réparation, mais se fondent d'abord et avant tout sur les soins coutumiers et habituels indispensables à l'entretien de la vie.

Soigner devient alors bien autre chose qu'un acte isolé, c'est :

— **L'ensemble d'un processus de discernement de besoins sanitaires nécessaires à la vie de quelqu'un ou d'un groupe ; c'est-à-dire une interrogation, un diagnostic, portant sur les besoins vitaux, qu'ils soient d'ordre biologique, affectif, social, et économique, ainsi que sur les inter-relations et les influences qui s'établissent entre eux.**

— Et l'action qu'il faut mettre en œuvre pour y répondre. Cette action pouvant être réalisée avec d'autres personnes, qu'elles soient professionnelles ou non.

LA NON-CONNAISSANCE DE DIFFÉRENTS MILIEUX DE VIE, AUTRES QUE LE MILIEU HOSPITALIER

Vivre à l'hôpital, dans quelque pays que ce soit, y compris chez ceux qui ont édifié des hôpitaux très sophistiqués, revêt un caractère exceptionnel. Que ce soit en nombre de personnes hospitalisées par rapport à la totalité de la population, ou en durée de séjour par rapport à la durée d'une vie, cet événement est à relativiser par rapport à une multitude d'autres qui se situent dans des milieux de vie très différenciés, et qui sont, sinon totalement méconnus des personnels « soignants », en tous les cas jamais explorés ou exploités comme tels pour tout ce qu'ils permettent de connaître de la vie des gens et de leur condition d'existence. Or il s'avère que cette méconnaissance des milieux de vie, des coutumes, des habitudes, des croyances, des ressources propres à ces milieux, non seulement nuit considérablement à l'élaboration d'un processus de soin qui ne peut prendre ses racines que s'il part de ce qui est significatif pour la vie de quelqu'un, que s'il en comprend le sens et établit des liens avec ce qui est important pour cette personne ; mais encore elle empêche de concevoir, d'imaginer les conditions d'existence déterminantes du processus santé-maladie. En ne découvrant leur pratique professionnelle qu'auprès de malades, en n'étant centrées que sur des maladies, ou « au mieux » des dysfonctionnements, les élèves infirmières puis les infirmières sont mises dans la situation d'être les témoins d'un processus dégénératif, d'un processus de désadaptation qui a sa naissance, sa source, sa racine **ailleurs**. Elles ne voient que les signes extériorisés (qu'ils soient physiques, psycho-affectifs ou mentaux) d'un processus d'altération, de dégradation sans avoir de quoi décoder les significations, le signifié de ces signes : leur lien avec les habitudes de vie des gens, avec leurs difficultés, avec ce que provoque les stress de la vie. Ces signes, ces symptômes sont déconnectés de tout ce qui leur donne sens, de ce qui peut les expliquer, car **ce qui peut les expliquer se trouve ailleurs**, ne se trouve pas à l'hôpital, et si l'on ne connaît pas, si l'on ne peut pas imaginer cet **ailleurs** parce qu'on ne l'a jamais découvert, jamais exploré, alors on ne peut qu'isoler le signe et le prendre comme cible de l'action thérapeutique. C'est au signe que l'on va porter

remède, c'est le signe que l'on va « traiter », que l'on va « soigner », au risque de le masquer, de l'oblitérer pour n'avoir plus aucun point de repère indicatif du processus d'altération, de désadaptation et de ce qui le détermine².

Ainsi, au lieu d'avoir appris à soigner dans des milieux très différenciés, au lieu d'avoir découvert que dans une multitude de situations, soigner est un processus simple qui a pour but d'identifier puis de répondre à toutes sortes de petits problèmes et difficultés de vie avant qu'ils ne s'aggravent, la formation professionnelle donnée en milieu hospitalier ne peut que déterminer un ensemble de comportements et conduites de soins inadéquats en milieu extra-hospitalier, et peu satisfaisants, voire souvent désadaptés aux besoins des gens en milieu hospitalier. Si soigner est aider les gens à vivre en leur permettant de surmonter, de dépasser leurs difficultés ou de compenser leur handicap, leur maladie, cela suppose de pouvoir imaginer ce qu'ils sont susceptibles de vivre ailleurs que dans une institution qui, de surcroît, s'est tellement retranchée elle-même de ce qui fait la texture, la trame de la vie quotidienne. Il ne faut pas s'étonner alors, que lorsqu'on passe du milieu hospitalier au milieu extra-hospitalier, « soigner » ait perdu tout son sens.

En fait, il a perdu tout le sens qu'il revêtait à l'hôpital ainsi que le support d'une technologie très complexifiée centrée sur la réparation. Comme les infirmières ne quittent pas l'hôpital pour des « choix professionnels » (comment pourrait-on choisir un mode d'exercice que l'on ne connaît pas ?...), mais pour des convenances personnelles, il est normal qu'elles transportent avec elles toute l'image d'une fonction soignante telle qu'elle est construite à l'hôpital, tout en étant très culpabilisées de ne plus exercer cette fonction de cette façon puisque c'est ce qui a été présenté comme le seul modèle. Dans le secteur extra-hospitalier, elles vont donc se raccrocher à tout ce qui, de près ou de loin, aura quelques similitudes avec ce qui était appelé « soins » à l'hôpital. Elle repéreront des tâches familières auxquelles elles donneront forcément de l'importance. Elles s'initieront à d'autres tâches pour lesquelles elles n'auront jamais été préparées, comme des visites à domicile sans soins curatifs, ceci en n'ayant pour support et guide que les connaissances médicales qu'elles ont reçues, autour desquelles s'est élaborée toute une conception de la santé et de la maladie, et les textes législatifs qui mandatent leur action.

Les conséquences d'une formation hospitalocentriste ne se font pas seulement sentir auprès des infirmières, mais elles agissent au détriment du public lui-même, car elles conditionnent le public à penser que l'on ne voit une infirmière que lorsqu'on est malade, et que les soins sont rivés à

la maladie en faisant perdre de vue que les soins sont des actes de la vie quotidienne. Aussi telle mère de famille, tel couple, telle famille ne peut que s'étonner de la visite d'une infirmière à son domicile s'il n'y a pas de malades. *Ils ne peuvent que se demander ce qui leur arrive, ce qui ne va pas, en quoi ils ne sont pas normaux, ce qu'ils ne font pas bien.* Et cela ne va pas être pour faciliter l'entretien de part et d'autre, la compréhension mutuelle, sans parler du mandat de surveillance et de contrôle qui déterminent plus d'une visite à domicile, même quand l'infirmière, la puéricultrice n'adopte pas dans sa relation ce mode de comportement. Tant que les gens établiront l'équation infirmière = maladie, ils auront du mal à envisager que soigner est autre chose que réparer, et à reconnaître une place sociale très importante et bénéfique à la profession infirmière dont une des fonctions majeures est **d'apprendre à discerner ce qui favorise le développement de la vie des gens et ce qui y fait obstacle afin d'éviter que la maladie n'apparaisse (prévention primaire), ne s'installe (prévention secondaire), ne s'aggrave (prévention tertiaire).**

FACTEURS LIÉS À L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DANS LAQUELLE S'INSÈRE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN SECTEUR EXTRA-HOSPITALIER (FACTEURS EXOGÈNES)

Les soins infirmiers, qu'ils soient en secteur extrahospitalier ou en secteur hospitalier, ne peuvent trouver l'ampleur de leur signification que s'ils se reconnaissent comme faisant partie intégrante de l'action sanitaire et sociale dont ils constituent l'un des aspects. Ainsi les infirmières sont des travailleurs sanitaires et sociaux à part entière, même si elles en ont encore peu pris conscience, ou, lorsqu'elles l'ont fait, si elles s'en voient écartées par d'autres travailleurs sanitaires et sociaux ou par le public, ou encore se le voient refuser par certains qui désirent les maintenir « auxiliaires médicales » ou « personnel paramédical ». Il ne faut pas s'y méprendre, toute forme d'appartenance à un groupe véhicule tout un système de représentations générant des valeurs culturelles, économiques, sociales et politiques avec lequel il est pour le moins important d'être au clair.

Si la pratique infirmière se situe au sein de l'action sanitaire et sociale, et si les soins infirmiers, qu'ils soient de nature préventive ou curative, en sont un des aspects, ce n'est pas avoir résolu pour autant le dilemme dans lequel se situe cette action.

DILEMME DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Que ce soit au niveau des soins infirmiers, ou au niveau du vaste champ de l'action sanitaire et sociale, on retrouve des caractéristiques de malaise assez semblables.

Pendant très longtemps l'action sanitaire et sociale a été qualifiée de « *médico-sociale* », de même que de nombreuses structures dans lesquelles elle s'est implantée : « *centres médico-sociaux* », « *services médico-sociaux* », etc. ; c'est dire qu'elle a emprunté principalement à la médecine ses conceptions et son mode d'approche. Même si à l'heure actuelle les sciences humaines ont apporté une contribution réelle à l'action sociale, cette action reste encore très tributaire d'une conception médicalisante du processus santé-maladie.

Des études faites ces dernières années, tant par des travailleurs sanitaires et sociaux eux-mêmes, que par des experts des sciences sociales et humaines, ont montré l'inadéquation de l'action sanitaire et sociale actuelle³. On a pu identifier certaines caractéristiques illustrant cette inadéquation et sans peine mettre en évidence que c'est :

— **Une action catégorielle** qui s'adresse à des catégories de population : enfants, personnes âgées, infirmes, travailleurs déviants, en les isolant de leur milieu de vie, de leur appartenance sociale, de leur culture...

— **Une action normative** qui bien souvent se sert de l'information recueillie pour cataloguer les « cas » et rechercher dans la batterie des théories et des techniques ce qui peut « renormaliser » le problème. L'action normative ouvre les voies à l'action-surveillance, à l'action-contrôle, voire à l'action répressive.

— **Une action parcellaire** dont la quasi-totalité des activités se base sur la séparation des tâches qui sont elles-mêmes attribuées à tel ou tel travailleur social, et sécrète avec elles un système de valeurs sur lesquelles s'établissent et une hiérarchie professionnelle et une hiérarchie entre les professions sanitaires et sociales.

— **Une action rivée au présent**, située presque uniquement dans l'ici et maintenant, qui répond prioritairement à l'urgence, sans avoir discerné d'autres priorités. De même, une action non située dans une perspective évolutive, qui fige les situations dans des états de faits, sans discernement du dynamisme interne et externe propre aux situations, ni des changements pouvant intervenir. Dans la plupart des cas, il n'y a pas de bilan de ce qui est découvert au départ d'une situation, ni de ce qui a ou n'a pas été réalisé, et pour quelles raisons. Il n'y a pas de projet qui sous-tende l'action.

— **Une action cloisonnée** où l'on continue à dissocier le sanitaire du social, lui-même précautionneusement séparé de l'économique. Comme si cela pouvait avoir un sens !... Ceci est encore renforcé par le pluralisme des structures, ainsi que la pluralité des modes d'interventions, sans concertation, sans coordination, sans projet commun. Il y a capitalisation de l'information dans chaque service isolément, par chaque travailleur, sans qu'il y ait de liens significatifs entre les informations recueillies, les connaissances qui peuvent éclairer leur compréhension et les différentes tâches qui, comme on l'a vu, sont parcellisées.

— **Une action de routine, stéréotypée**, sans questionnement des informations reçues des usagers, des familles, des travailleurs sanitaires et sociaux ou d'autres professionnels. De ce fait, il y a absence d'hypothèses de travail, d'où la non-existence de projets élaborés à partir des situations. C'est une action stimuli-réponses, basée sur le repérage de quelques signes ou symptômes, qui ne sont pas décodés, dont on ne cherche pas le sens, ou dont la signification est élucidée à partir d'une seule source de connaissance : les connaissances médicales pour les problèmes dits « sanitaires »⁴. Le fait de reconnaître tels ou tels signes engendre un type de conduites répertoriées, comme : des conseils d'alimentation, d'hygiène, etc.

— **Une action individuelle, individualisée et individualisante.** « Cette attitude s'explique incontestablement par la philosophie individualiste qui ne reconnaît que l'individu et l'État »⁵. Cette attitude se base aussi sur toute une conception de la santé insérée dans une économie libérale. Elle rive l'action sanitaire à l'action individuelle, en rendant chacun responsable de sa santé, sans toucher aux conditions politiques, économiques et sociales qui maintiennent des groupes entiers dans des conditions d'existence qui entravent le développement de leur vie affective, relationnelle et sociale, et les soumet à de hauts risques ou à de multirisques. L'évaluation des risques est faite individuellement, le taux de vulnérabilité est individualisé, et n'a pour conséquence que de cataloguer la personne ou la famille normativement dans une catégorie à risque, sans évaluer tous ceux qui sont touchés par le même problème, au sein d'un même secteur géographique, ou institutionnel (entreprise). Ainsi on se garde bien de mettre en œuvre une action qui touche des groupes, et on évite soigneusement toute conscientisation du problème qui entraînerait une action participative.

— **Une action sans conception, orientation et philosophie explicitée.** L'action sanitaire et sociale a pendant de très nombreuses années été implicitement orientée par les hautes instances de décisions politiques et

économiques, sans que les travailleurs sanitaires et sociaux en aient eu conscience et aient eux-mêmes élaboré des conceptions et philosophies de leur action. Pendant longtemps, il y a donc eu de ce fait une assez grande cohésion de la politique d'action sanitaire et sociale. Si l'on assiste à l'heure actuelle à de grands malaises, c'est que cette cohésion même est remise en cause par les travailleurs sanitaires et sociaux. On peut discerner de façon apparente depuis 1968, trois grands courants d'orientation, courants que l'on ne retrouve d'ailleurs pas seulement qu'en France, mais dans différents pays de la société occidentale. Ces orientations et tendances s'appuient inévitablement sur une conception de la société :

<i>Conception</i>	<i>Orientation</i>	<i>Action</i>
« La société telle qu'elle est est la meilleure possible » ⁶	Action sociale de normalisation, d'intégration sociale	Elle se propose d'adapter, de colmater, surveiller, contrôler, redresser
« La société actuelle est considérée mauvaise par essence » ⁷	Action de contestation permanente	Laisser pourrir les situations Détruire
« La société est appelée à de profonds changements écologiques, politiques, économiques et sociaux qui seront le fait de prise de conscience et d'action participative »	Action de développement des personnes et des groupes « pour faciliter aux hommes une plus grande maîtrise de leur destin social » ⁸	Identifier les problèmes Susciter la conscientisation et l'action participative

À l'heure actuelle, on ne peut parler d'adéquation ou d'inadéquation de l'action sanitaire et sociale que si l'on a une conscience éclairée des orientations qui sous-tendent la pratique professionnelle, des finalités qui la déterminent, et des contradictions qu'il peut y avoir entre finalités explicites et finalités implicites, entre buts poursuivis et modes d'action ainsi que moyens utilisés.

Cette prise de conscience est indispensable pour situer la nature de l'action qu'on engage dans toute intervention, si limitée soit-elle, dans toute action sanitaire et sociale, en sachant que chacune de ces orientations s'affronte dans une dialectique permanente et qu'il n'est pas simple de les discerner dans la pratique quotidienne, dans le concret des situations, de même qu'il n'est pas si facile d'éviter certains compromis.

Les infirmières qui sont appelées à exercer en secteur extra-hospitalier connaissent une situation professionnelle énigmatique. Elles ont à :

- découvrir et à s'adapter à un autre type de travail, à une autre forme de pratique professionnelle qui se réduit bien souvent à un autre type de tâches ;
- en même temps qu'à mesurer les contradictions et les malaises d'une action sanitaire et sociale contestée, remise en cause, et qui à bien des égards ne répond pas à l'attente profonde et aux nouvelles aspirations des usagers comme des travailleurs sanitaires et sociaux.

Ainsi, elles ont à vivre le double paradoxe d'avoir quitté ce qui est véhiculé comme « le modèle professionnel » → l'exercice à l'hôpital, sans pour autant trouver dans le secteur extra-hospitalier, des modèles sociaux solidement établis et fiables, non seulement par rapport à la place de la profession infirmière qui, depuis la disparition des infirmières visiteuses, n'y est plus reconnue, mais aussi en raison de la fragilité et de la remise en cause de tous les modèles d'action sanitaire et sociale véhiculés jusqu'à ce jour ainsi que la place et le rôle de tout travailleur sanitaire et social.

Se trouver au carrefour d'une telle situation est réellement un défi.

REQUESTIONNEMENT DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AU SEIN D'UNE ACTION SANITAIRE ET SOCIALE QUI SE CHERCHE

Les infirmières, comme les autres travailleurs sanitaires et sociaux, sont acculées — qu'elles le veuillent ou non — à innover et à créer de nouveaux modes d'approches d'action sanitaire et sociale, si elles veulent repenser une action significative pour les gens et pour elles-mêmes, c'est-à-dire une **action qui trouve son sens à partir de ce que vivent les gens**, et qui n'est pas prédéterminée à l'avance par l'application de normes et de modèles théoriques catégoriels et stéréotypés.

Cette action fait appel non pas à des conduites et des comportements tels que de ceux qui ont été et sont encore acquis par la formation professionnelle habituelle, mais à un développement de capacités d'analyse et de discernement requérant à la fois rigueur et créativité. Elle ne requiert pas de réponses toutes faites, mais le développement d'un ensemble de capacités de découverte et de réflexion à partir des informations recueillies qui visent à construire, au fur et à mesure, avec les gens concernés, un projet d'action en vue de chercher à résoudre le ou les problèmes identifiés dans leur contexte de vie.

Sans vouloir redévelopper ici certaines caractéristiques d'un mode d'approche des situations sanitaires et sociales⁹, j'aimerais privilégier la démarche d'analyse de situation comme moyen de reconsidérer les modes de réponses possibles à des situations de stress de la vie telles que les gens les connaissent à partir de leurs conditions d'existence.

LA DÉMARCHE D'ANALYSE DE SITUATION

Le terme de « démarche » fortement marqué aujourd'hui par une connotation de systématisme est à considérer ici comme une approche ayant pour but de :

— Discerner la nature des problèmes que peuvent rencontrer des personnes ou des familles pour répondre à leurs besoins vitaux, à leur besoin d'exister en prenant en considération l'ensemble des facteurs pouvant influencer favorablement ou défavorablement la situation. C'est une approche globale où le travailleur sanitaire constitue lui-même un élément de la situation qui entre en interaction.

— Élaborer un projet d'action sanitaire et sociale, situé dans la dynamique du temps et qui prenne en compte toutes les personnes concernées par la situation, à commencer par les personnes qui vivent le problème.

Cette démarche se fonde sur¹⁰ :

— un processus de découverte

— accompagné d'un processus d'analyse et de synthèse de la situation.

Cette démarche s'appuie sur des conceptions, des orientations qui ont à être explicitées et confrontées aux moyens utilisés. Elle ne peut se faire isolément, mais demande à être partagée en groupe de réflexion, et à utiliser des temps reconnus pour cela.

Un processus de découverte

Cette démarche part d'une réalité concrète : il faut qu'il y ait toujours un terrain de référence¹¹. Cette réalité demande à être découverte¹², explorée, ceci afin de connaître le cadre de vie dans lequel s'insèrent les différentes situations familiales que l'infirmière ou tout autre travailleur sanitaire est amené à rencontrer (en visite, en consultation, à une permanence, etc.).

— Découverte des **gens** du secteur, du quartier dans lequel le service est implanté.

Quelles sont les caractéristiques de la population du quartier : sexe, âge, nationalité, catégorie socio-professionnelle, religion, etc.

— Découverte de ce qui va influencer leur **mode de vie** : type de logements, loyers, commerces, écoles, transports, etc.

— Découverte des **possibilités relationnelles et d'échange**, tant par les genres de commerces que les formes de regroupements, associations, groupes de quartier, groupes religieux, groupes de détente et de loisirs, fêtes, etc.

Ce processus de découverte est semblable tant pour des situations familiales que pour des travailleurs dans une entreprise. L'approche est identique : découvrir les gens dans leur cadre de vie, apprendre à les connaître à partir de ce qu'ils sont :

— À partir de leurs **statuts** : père, mère de famille, ayant tel âge, telle nationalité, telle profession.

— À partir de leur **culture**, de leurs croyances, de leurs habitudes de vie, de leur façon de faire : façon de préparer les repas, de manger, de se regrouper, etc.

— À partir de leur **rôle** qui découle lui-même des statuts et de la culture. En fait, nous avons tout à découvrir des autres, de ce qu'ils sont, de ce qu'ils font plutôt que d'essayer de repérer à quelle maladie ils appartiennent, ce qu'ils « auraient dû faire » et qu'ils n'ont pas fait comme : venir à une consultation de contrôle (PMI).

Mais tout ceci ne prend de sens que si l'on *dégage les facteurs influençant* la vie du quartier et si l'on se sert de ces indications pour discerner ce qui va être favorable ou défavorable au maintien et au développement de la vie d'un groupe social. C'est *repérer des facteurs influençants et leur interaction*, ainsi : ce qui va faciliter ou non le processus de socialisation, les possibilités d'échanges et de relation entre les gens.

En effet, connaître ces facteurs et leur mode d'action permet de resituer les causes profondes de toutes sortes de dysfonctionnement et désadaptation générateurs de maladies somatiques, psychiques, mentales et sociales. La connaissance des systèmes vivants permet de comprendre comment s'installent des processus de destructuration (en particulier par les phénomènes de désocialisation, de transplantation, de mobilité), et d'identifier les dégradations, les délabrements qu'ils entraînent s'ils se prolongent dans la durée ou en fonction de leur rythme et de leur fréquence.

C'est dire l'importance de cette découverte qui est le fondement, la base d'une **approche globale** pour resituer les personnes dans leur contexte de vie et essayer de comprendre ce contexte. C'est en ce sens aussi que la **première source d'information, de connaissance d'une situation vient de la situation elle-même**, non de celui qui pénètre dedans. Si celui qui

pénètre au sein d'une situation projette sur celle-ci ses connaissances et son savoir avant d'avoir laissé venir à lui les informations, les données, il a déjà investi la situation de tout ce qui lui est propre, sans avoir aucun repère pour savoir si ce qu'il propose est conciliable ou pas, adéquat ou inadéquat. Ainsi, donner des conseils alimentaires ou des conseils d'hygiène sans connaître les habitudes alimentaires, les goûts, les ressources économiques est une conduite presque toujours inadaptée et stérile.

Un processus de découverte accompagné d'un processus d'analyse et de synthèse

Cette découverte ne peut prendre de sens que si les informations et les données recueillies sont analysées à la lumière de connaissances qui ont pour but de les rendre significatives.

« Entreprendre une démarche de réflexion ou d'analyse, consiste à s'arrêter, à **prendre une distance** avec ce que l'on a l'habitude de réaliser, c'est-à-dire à **identifier les éléments (institutionnels, psychologiques, socio-économiques), les acteurs et les forces qui interviennent et agissent dans les situations décrites** »¹³ ainsi que leur interaction.

Ce processus d'analyse est utilisable et adaptable à chaque situation que peut rencontrer une infirmière, un travailleur sanitaire et social. Au départ, il est préférable de s'initier au processus d'analyse à partir de situations simples, de micro-situations comme une situation familiale, avant d'envisager d'analyser des situations de groupes et, *a fortiori*, des situations d'action communautaire.

Si l'on prend pour exemple une analyse de situation familiale, il apparaît important de :

— **Discerner la raison d'intervention**, et qui l'initie (la famille, le travailleur sanitaire mandaté par le service, par la législation, ou à titre personnel) de la nature du ou des problèmes posés. Cela peut paraître évident, mais cela ne l'est pas dans les faits, où l'on observe souvent cette confusion.

Exemple : une infirmière qui se rend auprès d'une famille pour voir si un enfant de 18 mois a bien eu une radiographie de la hanche, suite à un signalement. On est ici devant une raison d'intervention, non devant le problème qui peut ne pas être encore identifié. Eriger la raison d'intervention en problème est beaucoup plus fréquent qu'on ne saurait le penser. Cela amène souvent à des confusions inextricables dont les conséquences peuvent être très dommageables pour les familles.

— **Discerner les préoccupations de la famille de celles du travailleur sanitaire et social.** Elles sont souvent assez différentes. L'analyse systémique utilisée pour élucider des situations porteuses de problèmes sanitaires et sociaux met en lumière ce qui vient du *système-client* par rapport à ce qui vient du *système institutionnel*, c'est-à-dire des conceptions, valeurs et règles propres à l'institution-service ou véhiculées par elle.

Se centrer sur les préoccupations de l'usager, de la famille, et plus particulièrement des personnes davantage concernées aide à faire émerger les difficultés rencontrées et les raisons de ces difficultés qu'on est souvent bien loin d'imaginer si l'on part des *a priori* professionnels, institutionnels, ou tout simplement de ses *a priori* personnels. En fait, le fil conducteur de la situation part et devrait toujours partir de la famille ; or la plupart du temps c'est le contraire qui se passe.

— **Discerner les valeurs culturelles, sociales, économiques, politiques** qui sous-tendent la situation. En quoi elles diffèrent ou convergent, s'affrontent ou rejoignent celles que nous avons et par notre expérience personnelle et par notre culture de classe sociale et par notre appartenance professionnelle.

Sans cette interrogation sur les valeurs, croyances, coutumes et habitudes de vie, et sans un élargissement du champ de connaissance pour les comprendre, nous serons toujours enclins à projeter les nôtres ; n'en prenons pour exemple que toutes les valeurs attachées aux conceptions et représentations de la famille.

— **Identifier le ou les problèmes-clés**, cerner leur nature et les facteurs pouvant les influencer favorablement ou défavorablement. Pour être significatif, c'est-à-dire décoder le signifié des informations, pour comprendre le sens des signes perçus, il apparaît important de préciser la nature du problème en **terme de fonctionnalité**, et en **terme de ressenti**.

En effet, que ce soit par rapport à une maladie, à un handicap, ou par rapport à un savoir-faire, il est nécessaire de cerner le handicap fonctionnel, c'est-à-dire d'évaluer la situation en terme de **fonctionnalité** mais ce seul mode d'estimation est insuffisant car la fonctionnalité est elle-même **influencée** par le **ressenti**.

Fonctionnalité

Par **fonctionnalité**, il faut entendre la capacité qu'a ou n'a pas une personne, une famille, un groupe de « fonctionner » par lui-même pour assurer une réponse à un besoin qui concerne sa vie. En quelque sorte, sa capacité d'être opératoire.

De fait, une personne, une famille n'a pas besoin d'aide, n'a pas besoin de soin lorsqu'elle peut ou lorsqu'elle sait « fonctionner » par elle-même. Le besoin d'aide devient nécessaire lorsqu'il y a dysfonctionnement, mal-fonctionnement ou non-fonctionnement. Ce qui suppose de discerner ce qui entrave, ce qui empêche de fonctionner dans telle ou telle situation, et en relation avec les conditions d'existence, les modes de vie.

La fonctionnalité peut s'évaluer en terme de **pouvoir ou ne pas pouvoir faire quelque chose**.

Ceci peut concerner le fonctionnement des sens, comme être lié à une *atteinte ou une perte d'une fonction organique* (fonction de motricité, d'évacuation, de perception tactile, visuelle, auditive, etc.). Ainsi, une personne ne peut plus s'habiller, se lever seule après une atteinte de la fonction de motricité, en raison d'une hémiplégie. On peut évaluer en fonction de la nature du problème posé (atteinte de la motricité) :

- ce que la personne peut faire seule,
- ce que la personne peut faire avec aide,
- ce que la personne ne peut plus faire,

et ceci pendant combien de temps. (Voir tableau page suivante.)

Cela amène à discerner quelle forme d'aide apporter pour compenser le dysfonctionnement (aide apportée par une personne, un outil, un objet familial, etc.).

Ceci concerne également *une atteinte ou une perte d'une fonction sociale* qui détermine une situation de crise, qui met la personne dans une situation de stress de la vie.

Ainsi :

- perte d'un être aimé par séparation, par la mort ;
 - perte de son travail, perte de salaire ;
 - perte de sa culture en devant s'initier à d'autres habitudes de vie ;
- ceci menace le principe d'identité, le besoin d'appartenance ;
- perte d'un objet familial, d'un lieu d'habitation, etc.

Toute forme de perte, de deuil entraîne des changements de rôles sociaux, provoque des processus de désadaptation qui, s'ils ne sont pas compensés, vont être générateurs de dysfonctionnement qui eux-mêmes revêtiront des formes somatiques, mentales, sociales, etc.

La fonctionnalité peut encore s'évaluer en terme de **savoir ou de ne pas savoir faire quelque chose**. En effet, il y a également dysfonctionnement, mal-fonctionnement ou non-fonctionnement lorsqu'on ne sait pas faire quelque chose, lorsqu'on n'a pas appris à le faire, lorsqu'on ne voit pas, lorsqu'on

n’imagine pas comment le faire ou lorsqu’on ignore ce qu’il faut faire. La non-maîtrise du savoir dans une situation est à l’origine de toutes sortes de stress.

Si l’on cherche à discerner dans une situation

- ce qu’une personne sait faire seule,
- ce qu’elle sait faire avec aide,
- ce qu’elle ne sait pas faire, pourquoi ? (voir tableau)

on est à même de découvrir que beaucoup de personnes ne « peuvent » pas, parce que *ne savent pas*. Ainsi, cette famille à qui l’on reprochait de ne faire aucune démarche pour son logement, et que l’on a découvert ne sachant ni lire ni écrire, mais qui pouvait d’autant moins faire connaître son problème qu’elle se sentait dévalorisée et culpabilisée de ne pas savoir faire les démarches que chaque travailleur sanitaire et social lui recommandait de faire.

ANALYSE DE PROBLÈME

DE DYSFONCTIONNEMENT

MAL-FONCTIONNEMENT

NON-FONCTIONNEMENT

EN VUE DE DISCERNER LE BESOIN DE COMPENSATION OU D'AIDE
ET LA NATURE DE L'AIDE À APPORTER

SOIT	Ce que la personne peut faire seule	Ce que la personne peut faire avec aide, laquelle ?	Ce que la personne ne peut plus faire	Causes possibles	
Personne concernée (Homme-Femme)					
Age	Ce que la personne sait faire seule	Ce que la personne saurait faire avec aide, laquelle ?	Ce que la personne ne sait pas faire	Maladie	Autres
SOIT					
Nature du problème-clé					
Problèmes liés au problème-clé					
Autres problèmes existants					

SITUER CET ENSEMBLE DANS LE TEMPS :

Discerner la

/PROGRESSION

ÉVOLUTION POSSIBLE DU OU DES PROBLÈMES

/RÉGRESSION

EN RELATION AVEC LES FAITS DISCERNÉS.

DURÉE, RYTHME, FRÉQUENCE DE LA NATURE DE L'AIDE ?

Cette estimation de la fonctionnalité à partir des données d'une situation, et par rapport aux désirs et aspirations des gens permet de ne plus juger en fonction de la loi du tout ou rien qui a si souvent guidé les travailleurs sanitaires et sociaux, soit à prendre les gens en charge, les protéger, les assister, soit à « les laisser se prendre en charge », sans avoir évalué ce qui les en empêchait, ce qui était source de difficultés, ni discerner ce qu'ils étaient à même de pouvoir réellement faire¹⁴. Ainsi, par manque de discernement de la nature des difficultés, on attribue souvent aux gens une mauvaise volonté, un mauvais vouloir, mais en regardant de plus près on s'aperçoit que les gens ne veulent pas ce qu'ils ne peuvent pas. Mais peuvent-ils ce qu'ils ne savent pas ? Et, s'ils savent... en quoi cela mobilise ou vient heurter leur aspiration, leur désir ? On atteint le niveau du ressenti.

Ressenti

La fonctionnalité n'est pas tout, elle est elle-même extrêmement influencée par le **ressenti**. Les usagers des services ont bien souvent des informations, mais l'utilisation de ces informations vient heurter des coutumes, des croyances, tout ce qui touche à la vie quotidienne insérée dans ses habitudes, ses préjugés, ses interdits. Ainsi, les très nombreux problèmes liés à la contraception, et sans aller chercher la très grande complexité, tout ce qui risque de remettre en cause les habitudes alimentaires.

Un problème peut trouver plus ou moins rapidement une solution suivant la manière dont il est vécu par ceux qu'il affecte, et suivant la résonance qu'il a chez ceux qui le partagent. La personne qui vit une situation la ressent différemment de celle qui la perçoit, de celle qui est appelée à intervenir par une voie d'accès professionnel. D'où l'importance de pouvoir exprimer ces différents ressentis, de retrouver ce qui est propre aux personnes directement impliquées dans la situation, et ce qui est projeté par soi-même, en tant qu'intervenant. Cette analyse du ressenti permet d'élucider des malaises qui placent le travailleur sanitaire et social au confluent de tiraillements entre ce qu'il pense qu'il doit faire « professionnellement », et ce qu'il évacue au nom du « droit des familles » alors que certaines situations sont porteuses de profondes détresses. En effet, sur quels critères peut-on décider d'entreprendre une action auprès d'une famille si la famille ne l'a pas demandée ? Est-ce que des mandats législatifs sont suffisants ? Comment le discerner s'il n'y a pas une analyse de « ce qu'ils doivent faire » et ce qu'ils sentent plus ou moins confusément qu'il « faudrait faire »¹⁵.

Si l'on n'est pas attentif au ressenti, on peut aussi verser dans de graves erreurs d'interprétation qui vont de « la famille ne dit pas la vérité »,

cache, dissimule, etc. à « elle peut bien le faire », « elle l'a bien voulu », etc. Ceci est très souvent dû à une très grande méconnaissance des mécanismes de défense, des mécanismes de survie utilisés tant par les familles que par soi-même et des contradictions dont chacun est porteur.

Omettre de prendre en compte la fonctionnalité et le ressenti, ou continuer à les dissocier, est encourir de grands méfaits car c'est risquer d'ignorer tout ce qui mobilise l'homme et le fait *réagir* par rapport à tout ce qu'il est, ce qu'il désire ou ne désire pas connaître, ce qu'il désire ou ne désire pas vivre.

— **Situer le ou les problèmes dans le temps** en analysant ce qui peut favoriser leur régression ou leur progression. En cherchant à restituer le temps de la famille, son vécu du temps, son rythme de vie qui peut être tout à fait différent de celui du travailleur social, de la conception du temps du service en tant qu'institution.

— **Discerner les personnes plus concernées par les problèmes** et les personnes de ressources dans la situation. Là encore, ce discernement n'est pas toujours aussi simple qu'il n'en paraît. Les personnes porteuses de signes ne sont pas du tout forcément les personnes qui connaissent le problème, elles n'en subissent que les effets. C'est bien souvent ce qui se passe pour les enfants qui sont pris trop fréquemment comme cible des problèmes alors qu'ils sont des enfants-symptômes de problèmes parentaux, ou de problèmes scolaires liés à l'enseignant, aux méthodes pédagogiques de l'institution, etc.

Élaboration d'un projet

À partir du matériau venant des situations et des apports de connaissances indispensables à la réflexion¹⁶, vont « se dégager des hypothèses sur le pourquoi et le comment de ces situations, le rôle de chacun »¹⁷. Ces hypothèses vont être confrontées et serviront de base à l'élaboration d'un **projet d'action** visant à chercher une résolution du ou des problèmes à partir des données de la situation. Le projet s'appuie sur une orientation, une direction qui vient de ce qui a été découvert dans la situation elle-même. **C'est au sein de la situation que se trouve le fil conducteur de l'action.** C'est donc lui qui est d'abord à trouver. Ceci est tout autre chose que de recourir à une batterie de techniques, de recettes et de tâches que l'on projette sur la situation sans l'avoir décodée. Ce fil conducteur n'est d'ailleurs jamais trouvé définitivement, il peut se dérober, se perdre, se distendre, se casser... ; c'est dire qu'une situation n'est jamais élucidée

complètement, d'abord parce qu'elle est toujours plus complexe qu'il n'en paraît, ensuite parce qu'elle vit et donc suit une des lois fondamentales de la vie : se transformer, se changer tout en gardant certains caractères de permanence et d'identité. Enfin, parce que l'intervention de toute personne étrangère à la situation ajoute à cette transformation.

Il est donc fondamental de bien situer d'où l'on est parti, de s'interroger sur ce que l'on cherche, de constamment resituer ce que l'on cherche par rapport aux préoccupations de la famille, et d'être au clair sur l'orientation qui guide l'action, celle qui vient de la famille, ainsi que la conception d'action sanitaire et sociale qui sous-tend le choix de finalité : dressage (comme c'est si souvent la tendance de l'éducation sanitaire) ? colmatage ? contestation ? ou action qui a pour préoccupation le développement des personnes et des groupes ? C'est à partir de toutes ces données que l'on cherchera la nature de l'aide à apporter, par qui ? comment ? qui sera concerné et comment trouver une concertation s'il y a plusieurs personnes ou groupes impliqués avec la famille ?

Tous ces aspects demandent à être ré-évalués périodiquement afin de discerner ce qui a pu ou n'a pas pu être réalisé, pourquoi ? mais pour ce faire, il faut situer l'action dans le temps.

Un projet demande à être situé dans le temps. Guy Bilaudeau¹⁸ ; un des premiers travailleurs sociaux à rechercher une théorie du travail social communautaire parle de « contrat », afin de poser d'emblée des limites de temps, et de ne pas perpétuer à merci des actions sanitaires et sociales dont on ne situe plus le commencement, ni la fin. Toute action sans fil directeur puisé dans la situation et non insérée dans un temps précisé se dilue. C'est là une des raisons de très grand découragement des travailleurs sanitaires et sociaux qui peuvent très rarement évaluer ce qui a été réalisé autrement qu'en nombre de tâches : nombre de visites faites, nombre de consultations, etc. sans partir des éléments discernés dans les situations et à partir de quoi elles se transforment, autour d'un projet **construit avec la famille**.

Poser les limites d'un projet d'action permet aussi de poser un terme à la situation d'aide et de ne pas malgré soi entretenir des situations de dépendance. Ceci amène souvent les travailleurs sanitaires et sociaux à remettre en cause leur sentiment d'utilité, qui jusqu'alors s'est appuyé davantage sur un nombre de tâches, sur un aspect quantitatif que sur les fondements d'une réflexion qui guident un projet d'action.

Les limites d'un projet peuvent être elles-mêmes à redéterminer en fonction de l'évolution de la situation.

Comme on peut l'imaginer, tout ce travail ne saurait se faire isolément. Cette démarche d'analyse et de synthèse requiert des groupes de

référence, des lieux d'expression du vécu des situations pouvant être éclairé par des **connaissances** permettant la compréhension des phénomènes tant au niveau du processus de fonctionnalité que du ressenti. Cette réflexion demande donc de puiser à des **sources de connaissances** très diverses, très variées, ainsi qu'à des **méthodologies flexibles** que l'on construit à partir de la découverte d'une situation. A l'heure actuelle, ce qui peut aider beaucoup à l'apprentissage de cette démarche est l'utilisation de l'analyse systémique, c'est-à-dire la mise en évidence

- des systèmes en présence (institutions, professions, processus administratifs) ;

- des éléments constitutifs d'un système (personnes, lieux, etc.) ;

- et de leur interaction.

Ceci demande de développer toute une connaissance des modes de fonctionnement des systèmes suivant certaines caractéristiques fondamentales liées aux systèmes clos et aux systèmes ouverts, avec les fluctuations qu'ils peuvent connaître.

Enfin, cette démarche utilise **différents outils** d'analyse et de synthèse, dont tous ceux qui peuvent faciliter la visualisation, afin d'aider le discernement des personnes en présence, des systèmes et de leur interaction.

Il est intéressant d'utiliser des outils mis au point par différentes disciplines. Exemples :

- représentation des structures de la parenté empruntée à l'anthropologie¹⁹ ;

- représentation de catégories socio-professionnelles empruntée à la démographie, etc.

Il est également nécessaire de se forger des outils appropriés, des outils significatifs qui aident à expliciter une démarche d'action sanitaire et sociale, ou à la consigner (dossier).

Ainsi, si l'on résume cette démarche d'analyse et de synthèse, elle part de l'exploration de situations vécues par les gens, situations que les travailleurs sanitaires et sociaux ont à rencontrer lorsqu'il y a présomption ou déjà installation de stress, de crise, de désadaptation qui entrave la vie des gens. L'analyse de situation consiste à décoder des signes indicateurs de problèmes et à rechercher leur signification, ce qui conduit à identifier la nature des problèmes posés en investigant le processus de dysfonctionnement et les sentiments qui le sous-tendent, tant pour ceux qui vivent la situation que pour ceux qui l'approchent. Cette recherche de signification s'élabore à partir d'hypothèses qui sont elles-mêmes questionnées et qui serviront ensuite de base à l'élaboration d'un projet d'action. Ce projet

demande à être orienté à partir de ce qui est significatif dans la situation, par rapport à ceux qui la vivent, à être situé dans le temps et à être évalué au fur et à mesure de sa réalisation.

Toute cette approche de situation n'est pas intuitive, elle requiert toute une formation à l'action-réflexion, car si les travailleurs se trouvent souvent si démunis pour redonner sens à leur pratique, c'est qu'ils n'ont pas été préparés à interroger les faits, et à les confronter à un faisceau de connaissances différenciées, toujours à élargir dans un processus de découverte permanente, qui sait établir des liens entre les phénomènes et éclairer les sentiments éprouvés. Cette formation exige des formateurs de se remettre en situation eux-mêmes, car on n'est plus là au niveau d'un savoir à enseigner, à transmettre *sine qua non*, sans questionnement, on est devant une démarche de « communication »²⁰, c'est-à-dire une démarche où chacun a à se situer, à explorer, à exploiter, à s'interroger, à discerner des liens entre le vécu et le signifié, en vue de mobiliser ce qui peut permettre la résolution de difficultés, de problèmes de vie.

Cette démarche n'est spécifique d'aucun travailleur sanitaire et social en ce sens que personne ne peut en avoir le monopole, tous les travailleurs concernés, non seulement sont amenés à s'en servir s'ils abandonnent l'action parcellaire, à la tâche ; mais de plus, ils sont amenés à initier les familles à l'utiliser s'ils ne veulent pas détenir à leur insu, un pouvoir encore plus grand sur les gens que celui qu'ils remettent en cause à l'heure actuelle. Tout ceci ne peut prendre de sens que si la **finalité permanente** est de **redonner aux gens pouvoir d'agir sur leur situation, et ceci à partir de ce qui les caractérise dans leur différence.**

Cette démarche est utilisable dans toute situation d'action sanitaire et sociale, auprès de personnes isolées (personnes âgées, travailleurs, etc.), auprès des familles, et auprès des groupes. Elle se complexifie seulement davantage, et c'est la maîtrise qu'on a pu en acquérir dans des situations moins complexes (par leur taille, par la nature des problèmes posés) qui permet de l'utiliser plus facilement auprès de groupes. En réalité, elle ne prend tout son sens que lorsqu'elle suscite des actions participatives et qu'elle mobilise des groupes liés par une même interrogation, par un même problème, et qui vont chercher à le dépasser. Elle n'a véritablement atteint son but que lorsqu'elle a franchi l'action individuelle, sans minimiser qu'elle est très souvent obligée d'y prendre son départ. Ce sont plusieurs décodages de situations individuelles qui permettent de discerner des risques de groupe si l'on fait un rapprochement et une synthèse des informations, des données, ce qui est très rarement fait. C'est pourtant là que l'action sanitaire prend toute sa dimension sociale et économique.

En terminant cet écrit j'éprouve le malaise de quelqu'un qui a peur d'avoir trahi une réalité toujours plus complexe et plus différenciée que ce qu'on peut en dire. Le langage enferme déjà tellement par lui-même, et en même temps il oblige à des précisions qui limitent les flous. Cette démarche ne peut prendre de sens et le garder que si c'est une démarche de VIE, que si elle part d'une interrogation sur ce qui permet le développement de la vie en relation avec le désir de vivre, la raison d'exister des gens. Alors faut-il encore parler de soins infirmiers, de pratique infirmière ? Personnellement, je le crois si l'on retrouve tout le sens, toutes les dimensions de SOIGNER qui est et demeurera un acte de vie, en ce sens que soigner représente une variété infinie d'activités qui partent d'une interrogation sur ce qui compte pour maintenir, entretenir, développer la vie en vue de résoudre des obstacles, des difficultés qui entravent ce développement à travers et au cours de l'existence des hommes, en fonction de leur culture et de ce qui donne sens à leur vie. Cela n'exclut pas que chacun ait à se situer dans cette grande chaîne de réciprocité que représentent les soins insérés au sein d'une action sanitaire et sociale totale.

Notes

1. Voir la première partie et M.-F. Collière, *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1982.
2. Certains témoignages comme celui de Marie Cardinal, *Les Mots pour le dire*, nous donnent des exemples de ces mécanismes pseudo-thérapeutiques. Ces témoignages ne sont que trop rares par rapport au très grand nombre de situations qui pourraient illustrer de telles méprises.
3. Il est évoqué ici la forme d'action sanitaire et sociale telle qu'elle est pratiquée le plus couramment. C'est cette forme qui est remise en question par plus d'un groupe réflexion.
4. J'ai développé longuement une illustration de ce type « d'action stimuli-réponses » en donnant l'exemple du problème de la non-acquisition, ou des carences d'acquisition du langage chez l'enfant ; voir M.-F. Collière, in *Soins*, n° 3, février 1978.
5. B. Lory, *La Politique d'action sociale*, Toulouse, Privat, 1975, p. 89.
6. *Ibid.*, p. 127.
7. *Ibid.*, p. 17.
8. *Ibid.*
9. Voir « Réflexion sur une nouvelle approche des soins infirmiers ».
10. Les articles présentés dans le numéro de l'AMIEC, *Santé et milieu de vie*, sont des illustrations de cette démarche qui a pour but d'élucider les problèmes et de chercher qui est concerné par leur résolution, et de quelle façon.
11. Par terrain de référence, il faut entendre le lieu de la pratique professionnelle pour une infirmière en fonction, ou le lieu de stage.

12. Pour aider à l'apprentissage de cette découverte, voir article de L. Paillard, Cahier n° 4 de l'AMIEC : *Santé et milieu de vie*.
13. J. Vercammen, « Réflexion sur la pratique des travailleurs sociaux », TAS, n° 22, juin 1976, p. 38.
14. Ce processus est identique dans la situation de formation. L'enseignant, le formateur dit souvent que l'élève ne veut pas, ne s'intéresse pas, etc. Si l'on analyse, on découvre ce qu'il ne peut pas, et cela renvoie bien souvent à l'enseignant qui lui-même ne sait pas, ou ne peut pas faire ce qu'il requiert de l'élève.
15. J. Vercammen, *loc. cit.*, p. 41.
16. Voir sur ce chapitre « Réflexion sur le service infirmier, contribution à l'identification du service offert », *Soins*, février 1978.
17. J. Vercammen, *loc. cit.*, p. 38.
18. G. Bilaudeau, assistant social de travail social communautaire préparant sur ce sujet un doctorat à l'Université Laval, Québec.
19. Voir « De l'utilisation de l'anthropologie pour aborder les situations de soins » p. 147-171.
20. *Cum-unication* → unir avec..., créer des liens...

Bibliographie

Livres

- Bertaud D., *Destins personnels et structures de classe*, Paris, PUF, 1977.
 Freeman R., *Nursing social* (adaptation de *Community Health Nursing Practice*, 1970), Montréal, HRW Ltée, 1973, particulièrement p. 168-185.
 Lory B., *La Politique d'action sociale*, Toulouse, Privat, 1975.

Revue

- « Les Contradictions du travail social », *Économie et Humanisme*, n° 234, mars-avril 1977.
 « Exister ou survivre, équipes pluridisciplinaires, champ sanitaire et social », *Connexion*, n° 23, 1977.

Articles

- Aubin G., « Les Clés de la créativité en service social », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 1089, 25 nov. 1977.
 Collière M.-F., « Réflexion sur une nouvelle approche des soins infirmiers de santé publique » (inclus dans cet ouvrage).
 Collière M.-F., « Réflexion sur le service infirmier. Contribution à l'identification du service offert : les soins infirmiers », *Soins*, n° 2, janvier, n° 3 et 4, février 1978.
 Grolier C., « De quelle politique sociale les travailleurs sociaux sont-ils les agents ? », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 1079, 16 sept. 1977.
 Salomon G.-M., « Qui sont les travailleurs sociaux ? », *Éducation Permanente*, n° 13, 1972, p. 5-12.
 Vercammen J., « Réflexion sur la pratique des travailleurs sociaux », *Techniques d'Action Sociale*, n° 22, juin 1976, p. 37-42.

Les soins de santé primaires... une expression à la mode ? ou une option sociale, économique et politique ?*

Que peuvent bien évoquer les soins de santé primaires dans un pays comme la France ? Qui en a entendu parler ? Qui peut se rappeler que la presse par la voix de ses grands quotidiens (*Le Monde*, *La Croix* et bien d'autres...) y ait fait quelque allusion dans l'une ou l'autre de ses colonnes consacrées à « la médecine », ou à « la santé » ? Qui a davantage été informé par la presse médicale, que ce soit par la voix du *Quotidien du Médecin*, ou par l'une de ses nombreuses revues ? Qu'en fut-il de la

* La rédaction de cet article fut l'aboutissement d'un travail de terrain que j'ai cherché à réaliser dès les années 1968-1969 avec des infirmières (mais aussi avec des assistantes sociales, des sages-femmes) exerçant en santé maternelle et infantile, en santé scolaire, et en soins à domicile, ainsi qu'avec les usagers des soins. Cette option d'une telle approche des soins infirmiers de santé publique, commençant à émerger dans plusieurs endroits de la planète, fut confirmée et soutenue par l'Organisation mondiale de la santé, lors du séminaire mondial tenu à Genève en 1974 sur « *Community health nursing* » (improprement traduit par « services infirmiers des collectivités » : Rapport technique n° 558, OMS Genève 1974) auquel j'ai participé. Ce séminaire fut l'un des prémices du Séminaire d'Alma Alta, 1978.

Cet article, utilisé par le CII, a été l'une des bases de réflexion sur les soins de santé primaires et soins de santé communautaires dans les pays francophones (Canada, Suisse..., Afrique francophone). En France, cette conception et cette approche furent à l'amorce de la réflexion-action développée par le mouvement des centres de soins durant les années 1970-1985, inspirant leur démarche communautaire. Lorsqu'elle fut enseignée théoriquement dans les écoles, sans contact ni réalisations cherchées avec les gens sur le terrain, cette approche perdit le sens de sa dynamique, comme malheureusement c'est trop souvent le cas : une approche de santé publique demeure prioritairement d'aller *vers* les gens, et de chercher avec *eux* ce qui a sens pour eux. Celles et ceux qui contre vents et marées continuent à le réaliser sont malheureusement trop rares, et peu entendus.

littérature professionnelle des autres travailleurs de la santé ? Quels médias ? sur quelle chaîne de télévision l'attention du public fut-elle sollicitée sur cette façon d'aborder les problèmes de santé ? Pourtant les émissions « médicales » sur « la santé » ne font pas défaut.

Cependant, des voix essayaient de se faire entendre dans les déserts administratifs et politiques pour défier les barrières des honorables idéologies professionnelles ainsi que celles de structures sanitaires hermétiques. C'étaient aussi bien les voix de quelque médecin isolé dans sa démarche, tel le docteur Fournier qui dès 1962 se préoccupait de centrer l'action sanitaire sur le développement¹, que celles de quelques infirmières qui, souvent dans l'ombre, furent des artisans proches de la population, suscitant sa participation : ainsi celles qui furent à l'origine du mouvement des centres de soins².

Ce pouvait être aussi quelque voix venant de la population elle-même, cherchant parfois désespérément à intéresser des professionnels de la santé pour leur faire aborder différemment les problèmes sanitaires, en apprenant d'abord à connaître les gens et leur milieu de vie pour comprendre ce qui leur pose problème : ainsi certains « collectifs de femmes », certains groupes d'action municipale (les GAM), certaines cellules syndicales, ou comités d'entreprises.

D'autres échos venaient de loin, suscitant l'interrogation et l'étonnement... Ainsi ces « rumeurs » sur l'action des « médecins aux pieds-nus », ou les « soins sans médecins » des paysans du Mexique. Tout ceci interrogeait, intriguait.

Mais qu'est-ce que cela peut bien avoir de commun avec les soins de santé primaires ? Quelle réalité tangible recouvre cette terminologie qui peut surprendre si l'on n'a pas compris que « primaire » signifie : fondamental, d'absolue nécessité. Certains pourront penser : « Qu'avons-nous à nous soucier de cela ? » D'autres peuvent dire : « C'est une autre façon de dénommer la santé publique ». Peut-être..., si l'on prend comme prémice le public, c'est-à-dire les gens, en apprenant à connaître ce qu'ils *sont* avant de leur attribuer ce qu'ils *ont*, et si avec eux on découvre ce que peut représenter la dynamique de l'alternative santé-maladie telle qu'ils sont amenés à la vivre, et à l'assumer dans le milieu qui est le leur.

Inspiré directement de l'accompagnement que j'ai pu donner à des réalisations de terrain opérées au sein de quartiers ou de communes par des infirmières de soins à domicile, mais aussi de santé maternelle et infantile et de santé scolaire, cet article se propose à la fois de préciser les orientations et les caractéristiques des soins de santé primaires tout en désirant montrer qu'ils peuvent concerner toutes les professions de santé et être

pratiqués par elles, mais qu'ils exigent la participation directe de la population.

Comme on pourra le voir, il ne s'agit pas là d'introduire un nouveau terme dans le vocabulaire de la santé, ou de modifier des structures sanitaires. On se trouve devant une véritable mutation sociale, économique et politique concernant l'approche des problèmes de santé.

C'était le 12 septembre 1978... déjà deux ans ! À cette date, la conférence d'Alma Ata, réunie sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations unies pour l'enfance, accueillie par le gouvernement de l'URSS, se clôturait en lançant un appel aux gouvernements et à la société pour *qu'ils s'engagent à développer la santé pour tous en l'an 2000*. Cette conférence fut elle-même préparée depuis 1974 par un ensemble de travaux faits dans différents pays et avec divers experts de l'Organisation mondiale de la santé sur les soins de santé primaires et sur les soins de santé communautaires³.

L'élément moteur des actions de santé s'est révélé d'une tout autre nature que celui de « la médecine prospère »⁴, il ne reposait plus sur l'extension de la médicalisation, mais il prenait essor sur *les soins de santé primaires*.

Les soins de santé primaires sont le facteur-clé de l'instauration dans un avenir prévisible d'un niveau de santé acceptable à travers le monde entier dans *le cadre du développement social et dans l'esprit de la justice sociale*⁵.

ORIENTATIONS ET CARACTÉRISTIQUES DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

On entend par soins de santé primaires les soins de santé essentiels, universellement accessibles à tous les individus, à toutes les familles de la communauté, par des moyens qui leur sont acceptables, *avec leur pleine participation, et à un coût abordable* pour la communauté et le pays.

Les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé du pays, dont *ils constituent le noyau*, ainsi que du *développement social et économique global de la communauté*⁶.

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Reposent sur une conception nouvelle de la santé

— Influencée par des facteurs aussi différents que les facteurs biologiques, culturels, économiques, sociaux, politiques. Aucun de ces facteurs ne peut plus être considéré isolément, mais dans sa relation avec l'ensemble.

— Liée aux conditions de vie des familles, des groupes sociaux, conditions qui s'avèrent déterminantes du processus santé-maladie : il y a mise en évidence de la dimension sociale⁷.

— Dépendante des différentes phases de la vie allant de la naissance à la mort.

— Constitutive du *développement social et économique*.

Partent de la communauté

Par communauté, il faut entendre : l'ensemble d'une population ayant un territoire géographique, liée par des intérêts, des valeurs communes, ayant une forme de gestion administrative, et dont les membres, les groupes sociaux et les institutions ont des interrelations entre eux⁸.

Ainsi, le quartier, la commune, le village représentent des communautés.

La communauté est le lieu où s'insèrent les soins de santé primaires, mais aussi le lieu du développement de l'autoresponsabilité des individus, des familles pour assumer de répondre aux besoins sanitaires les plus fondamentaux qui sont les leurs.

Les soins de santé primaires ne peuvent exister sans la participation directe et active des membres de la communauté, tant pour l'estimation des besoins de santé, le discernement des problèmes sanitaires, que pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des soins.

Cette participation active de la communauté, lorsqu'elle se réalise, a donné aux soins primaires une *portée communautaire* par l'intéressement direct des gens qui ne sont plus les récipiendaires passifs d'un service de santé, mais se sentent directement concernés et impliqués par sa finalité et son développement. Ainsi en est-on venu à appeler les soins de santé primaires : *soins de santé communautaires*.

Se proposent de

— Répondre aux besoins de santé habituels et courants de la population, que ce soit du domaine du développement de la santé, de la réparation ou de la réadaptation.

— Intégrer les soins préventifs⁹, curatifs et de réadaptation en fonction des besoins des familles et des groupes.

— Partir du savoir et de la capacité des gens de répondre à leurs besoins en complétant leur information, en discernant la forme d'aide à leur apporter, en leur faisant connaître et en utilisant des moyens appropriés.

— Faire partie intégrante du processus de développement socio-économique.

Requièrent

— D'être accessibles :

- *géographiquement* : service de quartier, de commune, de village (ou d'un ensemble de villages) ;

- *socialement* : qu'ils puissent être à la disposition de tous les gens quels que soient leur milieu, leurs ressources, leur statut social ;

- *financièrement*.

— D'être adaptés aux besoins de santé des personnes (non pas que les besoins de santé des personnes soient adaptés au service). Ceci suppose de les aborder avec souplesse et d'éviter le risque de faire de l'institution la finalité du service de soins.

— De mettre au point, d'adapter et d'utiliser une *technologie sanitaire appropriée, simple, accessible à la population*, et d'un coût abordable.

— D'être conçus et gérés localement *avec* les usagers.

— De travailler en concertation et d'engager des actions communes avec d'autres services et institutions (écoles, centres sociaux, maisons de jeunes, associations diverses, hôpitaux, etc.).

En résumé, les soins de santé primaires se proposent d'être pour la population un moyen de répondre à ses besoins de santé les plus courants et les plus habituels, *en tenant compte de ses modes et de ses conditions de vie*, et en l'intéressant directement à l'élaboration et à la mise en place d'une politique de santé appropriée et adaptée à la forme, à la fréquence et à la manifestation de ses problèmes dans ce domaine. Cette perspective dépasse le seul secteur sanitaire, mais intéresse tous les secteurs qui

contribuent au développement de la santé : lutte contre la pauvreté, aspects nutritionnels, assainissement du logement, protection de l'environnement, plus grande justice économique et sociale...

D'UNE CONCEPTION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES À UNE POLITIQUE DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

La conférence d'Alma Ata constituait-elle une simple déclaration de principes, ou servait-elle de propulseur à toute une action déjà engagée par certains pays : pour en reconnaître les effets bénéfiques, et en favoriser l'extension à d'autres pays ?

LES PRÉMICES D'ALMA ATA

En fait, cette conférence n'arrivait pas inopinément. Elle avait été précédée, depuis plusieurs années, d'un lent travail de réinterrogation sur le sens et l'efficacité des actions de santé développées par l'essor de « la médecine scientifique » qui fut opposée à la médecine traditionnelle, dite « empirique », mais aussi qui s'était substituée à toute une conception des soins basée sur les activités et nécessités de la vie quotidienne prises en charge, au niveau des villages, essentiellement par les femmes¹⁰.

Plusieurs pays mirent en œuvre, sur le terrain, des actions de santé stimulant la contribution et la participation de la population, utilisant le savoir populaire, reconnaissant la pratique des soins traditionnels, en la complétant par des informations plus récentes. Ces actions se sont montrées payantes et par leur efficacité — baisse de la mortalité et de la morbidité, éducation sanitaire du milieu par le milieu — et par leur coût peu élevé — technologies simples, priorité aux actions de prévention primaire.

Les pays en voie de développement furent les premiers à mettre en œuvre les soins de santé primaires, principalement la Chine, puis Cuba, mais aussi des pays africains : le Niger, la Tanzanie et d'autres expériences plus localisées en Amérique latine, en Malaisie...

Au premier abord, on pourrait croire — et certains l'ont soutenu — qu'une telle politique de santé ne peut intéresser et concerner que les pays en voie de développement, les pays industrialisés se réclamant d'un très

haut degré de compétence technique, et ayant développé des structures sanitaires et un système de soins jugés très adaptés.

Toutefois, même dans ces pays on a pu constater :

- Une très grande inégalité de l'accès aux services de soins¹¹ ;
- Une priorité de plus en plus grande accordée à la réparation de la santé plutôt qu'à son maintien, et à son développement ;
- un coût de plus en plus élevé des dépenses dites « de santé » ;
- une conception des soins limités à la médicalisation, et excluant les aspects culturels, sociaux et politiques... ;
- une individualisation croissante des réponses aux besoins de santé, aux dépens de l'intérêt du groupe social¹².

Aussi la société occidentale elle-même se trouve-t-elle interpellée sur la conception et l'orientation des soins qui, gérés par des institutions de plus en plus complexes, et pris en charge par des groupes professionnels de plus en plus spécialisés, se trouvent souvent éloignés des besoins et de la réalité quotidienne des usagers.

Préoccupés par de telles constatations, certains usagers des soins et des professionnels de la santé se sont efforcés de reconsidérer leur action sanitaire, tant dans sa finalité que par rapport aux moyens qu'ils utilisaient. Cela a donné lieu à des expériences variées suivant les pays. Certaines étaient dans le prolongement de toute une conception de la santé publique, améliorant encore les services, et les rendant plus proches et plus accessibles à la population : par exemple dans les pays nordiques comme la Finlande, le Danemark.

D'autres exploraient de nouvelles voies pour rechercher des soins qui resituent les personnes, les familles ou les groupes dans leur contexte de vie, prennent en compte leurs difficultés, mais aussi stimulent leurs capacités et soient adaptés à leurs ressources. Dans les pays latins ces expériences ont commencé dès avant 1968, que ce soit dans le domaine des soins à domicile avec le début des centres de soins, ou dans le domaine des soins de santé mentale avec les initiatives de la sectorisation, et de la psychiatrie en milieu ouvert.

Depuis 1968, avec la naissance ou le resurgissement de nouveaux mouvements sociaux comme le mouvement écologiste, le courant autogestionnaire, le mouvement des femmes, le travail de certains syndicats sur un élargissement de la conception de la santé, les mouvements de quartiers comme les boutiques de santé, les centres de soins, les usagers manifestent d'une façon très explicite la volonté de prendre une part active à l'orientation et au développement des services de santé, et d'être concernés par la finalité et la gestion des soins.

Tout ceci permet, à première vue, d'augurer une réalisation progressive des vingt-deux recommandations d'Alm Ata¹³.

L'APRÈS ALMA ATA

Si beaucoup d'indices semblent porteurs d'espoir par rapport à un renouveau de la conception de la nature des soins, on ne saurait rester aveugle sur le risque de voir cet essor s'embourber dans des ornières idéologiques conduisant à d'autres dogmatismes, ou ne rester que le fait de petits groupes isolés, asphyxiés par les structures sanitaires gérées par l'appareil de l'État, sans reconnaissance sociale, en ne s'intégrant dans aucun circuit économique.

Toute une politique peut conduire délibérément à cet état de fait ; en cas, il est peu probable que les soins de santé primaires seront reconnus comme faisant partie *de facto* du système national de santé. Quand bien même ils le seraient par une législation, cela ne modifierait en rien les attitudes et les comportements tant des professionnels que des usagers.

Il est également possible de dire qu'« on l'a toujours fait » comme l'ont affirmé certains médecins en prétendant que le généraliste a toujours offert les soins de santé primaires. Ainsi, on peut continuer à mettre sous des mots nouveaux tout un passé installé dans sa routine et son confort idéologique et administratif. Ou bien, on peut encore tout faire pour empêcher la mise en œuvre de cette option tant par les voies les plus officielles du système de remboursement de Sécurité sociale, que par les plus officieuses comme celle de l'arbitraire pour accorder ou non l'agrément d'un centre de soins.

Il n'est donc possible d'envisager une politique de soins de santé primaires constituant un élément fondamental de l'ensemble du système de santé que si l'on considère la mutation socio-culturelle et économique qu'implique une telle option tant pour les professionnels de la santé que pour les usagers des soins.

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES, EXPRESSION D'UNE MUTATION SOCIALE PROFONDE

Les soins de santé primaires ne pourront prendre sens et se développer si l'on ne prend pas en compte, et si l'on ne mesure pas l'ampleur du chan-

gement de conception philosophique, culturelle, sociale et économique qu'ils représentent tant pour les personnels sanitaires de toute catégorie que pour la population. Sans cette mutation sur laquelle ils sont appelés à prendre appui, ils n'apparaîtront que comme une terminologie vide de sens.

Les soins de santé primaires impliquent une mutation idéologique et culturelle, sociale, technologique, économique de la fonction soin.

MUTATION IDÉOLOGIQUE ET CULTURELLE

Il s'agit de passer d'un système de santé qui, depuis près d'un siècle, magnifie les soins de réparation, requérant une haute technicité, une hyperspécialisation, un savoir dit « scientifique » par opposition au savoir « empirique », à un autre système de santé qui redonne une place prioritaire aux soins simples, aux soins d'entretien de la vie (*care*), ainsi qu'à tous ces premiers soins qui préviennent de l'aggravation d'un mal : soins curatifs simples.

— Un autre aspect de cette mutation idéologique consiste à renverser la *conception négativiste* de la maladie : au lieu de chercher tout ce qui ne va pas et de soigner tout ce qui ne va pas quitte à laisser se détruire tout ce qui va, il s'agit de mettre en valeur, de donner de l'importance à tout ce qui va bien. En d'autres termes, savoir utiliser et mobiliser toutes les aptitudes physiques, affectives, mentales des usagers des soins et des familles pour compenser et aider à faire face à ce qui pose problème. C'est *relativiser* ce qui est normal et pathologique. C'est valoriser ce que les gens savent faire.

On considérera les habitudes de vie, les croyances, la culture du milieu, non pour les nier, les mépriser, ou les minimiser, mais pour savoir les utiliser, les valoriser et s'en servir comme support et moteur des soins.

MUTATION SOCIALE

Il s'agit aussi de ne plus dissocier l'action soin d'une action à caractère social car *tout ce qui touche à la santé a une composante sociale*. Les *soins reprendront leur dimension sociale*, leur portée sociale sera reconnue ainsi que leur lien avec d'autres réseaux d'action sanitaire et sociale.

Il s'agit encore *de redonner à chacun une place, sa place*, par rapport à l'étude des problèmes de santé qu'il rencontre et des décisions à prendre. De ce fait, cette mutation touche la population, comme les personnels de santé.

La population

Elle sera incitée à apprendre ou à réapprendre à tenir la place qu'on lui a confisquée dans le domaine des soins et pour les décisions concernant les problèmes de santé. C'est lui permettre d'oser reprendre cette place, de reprendre un rôle social dans la fonction de soigner, ce rôle qu'elle a assumé depuis des siècles et qui lui a été dérobé presque totalement dans la société occidentale à l'orée de ce siècle.

Les personnels de santé

Le personnel de santé ne détient plus le monopole du savoir. Il n'a eu de cesse de conforter ce monopole depuis un siècle pour devenir le groupe qui, par excellence, oriente la politique de santé, conseille et veille à son application.

Les personnels infirmiers et autres travailleurs sanitaires, à un degré inférieur aux médecins sont aussi partie prenante de ce monopole, ne serait-ce qu'en étant un rouage irremplaçable des décisions médicales.

Même si des personnels sanitaires, dont le personnel infirmier, ont acquis un comportement de dépendance vis-à-vis des médecins, ils font preuve souvent, en revanche, d'un comportement de domination vis-à-vis des usagers des soins, ne serait-ce qu'en leur disant ce qu'ils doivent faire sans même avoir écouté ce qu'ils avaient à dire. Le personnel sanitaire a été exercé à tenir un rôle de conseil en étant formé à dire aux gens ce qu'ils devaient faire plutôt que de connaître ce qu'ils font et chercher avec eux ce qui leur conviendrait.

Il s'agit donc de reconsidérer les rapports de pouvoir professionnels/population : tout mouvement de professionnalisation ayant eu pour effet de diminuer le pouvoir des gens à se prendre en charge, en étendant les attributs et le pouvoir du groupe professionnel aux dépens de ceux auprès de ce qui il exerce.

Cette mutation sociale est encore accentuée lorsque des usagers des soins administrent avec du personnel sanitaire (dont le personnel infirmier) des services de santé. Lorsqu'il y a co-gestion de services de soins ou de centres de santé, *ce sont les rapports même du monde du travail qui se transforment*, même si les textes législatifs et juridiques ne sont pas encore modifiés.

Les rapports usagers des soins/travailleurs de la santé impliqués dans une démarche communautaire sont d'une autre nature et engendrent un mode de relation tout à fait différent de celui des rapports employeurs/employés, soignants/soignés. Ils ne sauraient verser pour cela dans le mythe de la fusion, mais ils obligent à préciser la fonction des usagers et la fonction des professionnels de la santé tant sur le plan de l'organisation des soins que sur celui de l'organisation et de la gestion ; *cette fonction est de nature différente, mais en même temps complémentaire pour chacun des groupes en présence*, qui ont à se situer comme partenaires sociaux, visant à une même finalité.

La démarche communautaire commence par les services de soins de santé primaires et prend d'abord naissance entre les professionnels de la santé et les usagers, pour s'étendre progressivement au réseau plus élargi de la communauté.

MUTATION TECHNOLOGIQUE

Cette mutation n'est pas seulement liée au réapprentissage de l'utilisation de technologies simples (qu'elles soient médicamenteuses ou instrumentales) mais elle va plus loin, en ce sens qu'elle requiert *d'apprendre à connaître et à savoir utiliser les technologies connues et utilisées par les gens eux-mêmes*.

Là encore, il y a *renversement* de tout le système tendant à survaloriser les technologies les plus complexes et à dévaloriser toutes les technologies connues et adoptées par les gens dans leur milieu de vie. Pour le personnel de santé, formé presque exclusivement à l'hôpital, c'est apprendre à découvrir et à savoir utiliser toutes sortes d'outils domestiques, d'utilisation courante, qui ont contribué à assurer les soins pendant des générations et des générations. C'est aussi apprendre à connaître et à se servir d'outils de compensation qui contribuent à maintenir ou à accroître l'autonomie de personnes handicapées, comme les aides techniques.

MUTATION ÉCONOMIQUE

Elle se fonde sur un changement d'orientation de la conception économique des soins en terme de *coût et d'incidence économique*. Le coût économique des soins simples n'est pas forcément moins élevé que celui des soins complexes requérant des technologies de pointe et de haute spécialisation, en ce sens que les soins simples exigent une formation plus polyvalente du personnel de santé et une répartition plus hétérogène de ce personnel sur les secteurs géographiques. De plus, pour qu'il y ait développement des soins de santé primaires, il est nécessaire de reconnaître la valeur sociale et économique de ces soins, tout particulièrement les soins infirmiers qui ont pour finalité de répondre à cette orientation.

Il y a une absolue nécessité à faire reconnaître en faveur de tout personnel qualifié pour donner des soins de santé primaires des indices de salaires au moins égaux à ceux offerts au personnel de santé offrant des soins lourds.

Ceci suppose :

— D'une part, d'attribuer une valeur monétaire à ces soins, considérés non comme des actes isolés, mais comme faisant partie intégrante d'un projet de soins évalué par rapport au degré de dépendance ou d'autonomie. Ceci demande d'accompagner cette estimation monétaire d'indices de remboursement.

— D'autre part, *de revaloriser les salaires dévalués généralement attribués à tous les travailleurs de la santé offrant des soins d'entretien de la vie* (infirmières, aides-soignantes, aides ménagères, travailleuses familiales).

La mutation économique se situe donc au niveau d'un changement de valeur économique des soins de santé primaires tenus jusqu'à ce jour pour nulle ou inexistante. Cette mutation ne pourra s'opérer que s'il y a reconnaissance de la valeur des soins de santé primaires par les organismes de Sécurité sociale, les mutuelles, et les pouvoirs publics.

Cette prise en compte sera facilitée par *l'étude de l'incidence économique*. En effet, si le coût économique des soins de santé primaires n'est pas forcément moindre que celui des soins plus complexes (en tous les cas dans certains domaines ou pour certains âges de la vie comme les soins aux personnes âgées devenues dépendantes), l'incidence économique semble plus favorable en raison même de la conception des soins de santé primaires qui mobilisent les ressources existantes et l'action du milieu par le milieu dont les effets sont beaucoup plus durables.

LES SOINS LIÉS À UNE
MÉDICALISATION DE LA SANTÉ

Se sont de plus en plus éloignés du *care* — soins d'entretien de la vie, pour devenir essentiellement curatifs : soins de réparation.

Sont le plus souvent prescrits ou délégués par le médecin et centrés sur la maladie ; sur ce qui est altéré ou détruit, sans tenir compte de tout ce qui reste de capacité de vie.

Utilisent des technologies de plus en plus complexes, laissant le plus souvent à l'écart les technologies simples.

Ont subi la division du travail en tâches isolées, fractionnées ayant perdu leur signification.

Ont donné priorité à un conseil souvent déconnecté de la situation.

Privilégient la relation duelle soignant/soigné, basée sur « *la confiance* » requise du soigné envers le soignant.

Sont le plus souvent en marge de toute concertation avec d'autres travailleurs sanitaires et sociaux.

Sont privés de leur dimension sociale.

Étaient jusqu'ici déconnectés de l'impact économique, ou estimés en coût par tâche, et la technologie utilisée n'est soumise à aucune évaluation de l'incidence économique.

Fonctionnent principalement sur les rapports dominant/dominé entretenus de haut en bas :

— hiérarchie de strates professionnelles,
— pouvoir de dominance des professionnels de la santé vis-à-vis des usagers des soins.

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Privilégient à nouveau le *care* : les soins d'entretien de la vie, et prennent en compte les soins curatifs en relation avec le *care*. Les soins curatifs agissent en complémentarité des soins d'entretien de la vie, *ils ne se substituent pas à eux*.

Se discernent à partir des besoins des gens, des difficultés qu'ils rencontrent en tenant compte des aspirations, ressources et désirs, pour assurer le maintien de leur santé.

Réapprennent à utiliser des technologies simples, le plus souvent connues par les gens.

Découlent d'une vue d'ensemble d'une situation analysée, d'où s'élabore un projet de soins prenant en compte les habitudes et le milieu de vie.

Cherchent à découvrir la situation avant tout conseil.

Privilégient une participation active, ne se limitent pas aux situations individuelles, favorisent les actions de groupe.

Ne prennent effet qu'avec les personnes concernées par les situations.

Intègrent la dimension sociale.

Questionnent l'efficacité économique, mais cette efficacité ne peut être évaluée par tâches isolées dont on ne peut mesurer l'aboutissement. Elle exige de mesurer le coût et l'incidence des projets de soins, ou d'action sanitaire et sociale, partir de la réalité culturelle, sociale et économique des usagers des soins, en cherchant les technologies appropriées.

Obligent à un questionnement de la finalité professionnelle en vue d'accroître la capacité des gens de se soigner et de considérer les gens comme partenaires de leur santé ainsi que de reconnaître une parité entre professionnels de la santé. Développent un pouvoir libérateur.

MUTATION DE LA FONCTION SOIN

Toutes ces mutations entraînent celle de la fonction soin et de la compétence développée par le personnel de santé. C'est toute la fonction soin telle qu'elle a évolué avec l'avènement d'une médecine prospère qui est fondamentalement remise en cause.

Tout ceci fait apparaître un très grand champ de modifications impliquées par le développement des soins de santé primaires, modifications pour lesquelles le personnel sanitaire (sauf rares exceptions) n'est pas préparé.

SUR QUOI DOIT PORTER L'EFFORT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, COMME DES USAGERS

Les soins de santé primaires laissent présumer de grandes exigences, tant de la part des professionnels de la santé que des usagers, et ceci particulièrement dans les pays de la société occidentale, où la santé est devenue un bien de consommation gérée par des machines administratives, distribuée à dose individuelle à des patients rendus passifs et soumis, donc éloignés de tout auto-traitement, et *a fortiori* de toute participation active aux décisions de santé.

Trois domaines d'étude et d'action semblent prioritairement nécessaires pour assurer le développement de soins de santé primaires¹⁴ :

1. Identifier ce que représentent les soins de santé primaires.
2. Initier le personnel sanitaire et les usagers aux soins de santé primaires.
3. Faire reconnaître la valeur sociale et économique des soins de santé primaires et du personnel qui les offre.

1. IDENTIFIER CE QUE REPRÉSENTENT LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Si la déclaration d'Alma Ata a bien identifié les principaux éléments et aspects constitutifs des soins de santé primaires, il apparaît indispensable de les rendre identifiables dans leur réalité et manifestations concrètes en fonction de la diversité des secteurs géographiques, des populations concernées et des ressources sociales et économiques.

Les soins de santé primaires, s'ils partent réellement de la population et de son milieu de vie, ne peuvent avoir en rien un caractère d'uniformité. Aussi est-il nécessaire de connaître et d'étudier, d'abord au niveau local et régional, tout un ensemble de caractéristiques telles que :

- le climat,
- les ressources en eau,
- les caractéristiques de la population,
- le niveau d'instruction de la population,
- les strates sociales,
- les ressources économiques,
- le caractère urbain ou rural,
- les habitudes culturelles, alimentaires, vestimentaires, domestiques,
- les croyances et cultes,
- la nature du travail fait par les hommes, les femmes,
- l'incidence et la prévalence de certaines maladies,
- le réseau des services de santé, la population qu'ils touchent, la nature du service sanitaire qu'ils offrent.

Il n'est pas possible d'envisager les soins de santé primaires sans connaissance approfondie de la population et de son milieu de vie.

Il apparaît donc indispensable de préparer tous les personnels de santé, et plus particulièrement ceux qui par la durée et/ou la nature de leur travail sont très proches de la population, à identifier ce qui servira de repères, d'indicateurs pour déterminer les besoins sanitaires, et la nature des soins pouvant répondre à ces besoins.

Cette étude du milieu demande à être faite, non par de grands spécialistes, mais par les travailleurs sanitaires eux-mêmes, dans les secteurs géographiques et administratifs où ils exercent ; cela suppose que la population de ces secteurs soit directement intéressée.

Si cette identification du genre des soins de santé primaires n'est pas faite, on ne peut justifier la dotation en personnel, ni estimer les ressources sociales et financières, ni exiger la prise en charge par les organismes de Sécurité sociale, mutuelles, etc.

2. INITIER LE PERSONNEL SANITAIRE ET LES USAGERS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Les soins de santé primaires ne s'inventent pas, surtout quand toute la formation est donnée à l'hôpital, d'où la nécessité d'entreprendre des actions de formation pour :

Préparer les travailleurs sanitaires à découvrir les soins de santé primaires

Que ces personnels sanitaires exercent en secteur extra-hospitalier ou hospitalier, et *a fortiori* que ce soit un personnel sanitaire exerçant des fonctions d'enseignement (il n'arrive que trop fréquemment que l'on enseigne des choses que l'on n'a jamais découvertes, ou même jamais vues), il est indispensable qu'ils aient appris à *découvrir les différents milieux de vie*, car ils sont porteurs de données à partir desquelles s'élaborent les soins de santé primaires :

milieu familial : le domicile

milieu du travail : travail des hommes
travail des femmes

milieux scolaires : travail des enfants

autres milieux : activités culturelles de loisirs, etc.
milieux de quartiers, terroirs ruraux...

Pour cela, il est souhaitable de se former à la *démarche anthropologique* et de l'utiliser ; elle

- part de la découverte **au sein du milieu**,
- analyse les informations recueillies et apprend à décoder les signes, les symboles pour comprendre leur signification,
- établit des liens entre les divers aspects (synthèse) pour aboutir aux hypothèses d'action, servant de base aux projets d'action.

L'apprentissage de l'analyse de situation est indispensable pour découvrir et comprendre la nature des besoins sanitaires, afin de chercher ce qui peut contribuer à y répondre.

Ces différentes étapes n'ont de sens que si elles associent la population, en tenant compte de son niveau de développement.

Préparer les travailleurs sanitaires et sociaux à travailler avec la population (non pour la population, comme cela est encore le plus souvent le cas)

Cela exige :

— D'aider les travailleurs de la santé à se situer dans différents types de relation sociale, et à dépasser la relation duelle.

— De savoir écouter et comprendre les propos exprimés par les personnes, les familles, le ou les groupes.

— De savoir utiliser les informations reçues et les mettre en rapport avec d'autres.

— De savoir construire un projet de soins ou d'action sanitaire avec les personnes concernées.

— D'apprendre à travailler avec d'autres modèles sociaux que celui de soignant/soigné, employeur/employé, mais avec des modèles introduisant des relations de parité, et reconnaissant les différences.

De même, il importe de préparer la population à coopérer avec les travailleurs de la santé. L'attitude de la population dépend beaucoup de celles des travailleurs sanitaires, de leur ouverture, de leur aptitude à stimuler le développement des personnes et des groupes.

Préparer les personnels de santé à travailler avec d'autres professionnels

Ceci suppose de savoir susciter un apport d'autres collègues de travail, mais aussi de proposer des informations relevant de sa compétence professionnelle, ainsi que de savoir faire des propositions étudiées à partir des faits constatés. C'est apprendre à briser les complexes de supériorité ou d'infériorité entre les strates professionnelles hiérarchisées, et à reconnaître la valeur sociale des personnes exerçant d'autres professions.

Préparer les personnels de santé à développer les soins de santé primaires en favorisant prioritairement le niveau local

Ce n'est pas à partir d'un plan directeur national que peuvent se développer les soins de santé primaires. Les mutations sont trop importantes, elles ne peuvent être que le fait d'expériences de base, analysées et évaluées. Sans ces groupes témoins qui montrent que l'on peut faire

autrement, il n'y aura pas de développement des soins de santé primaires. C'est seulement lorsque ces groupes existent, qu'il devient indispensable :

- de favoriser une concertation entre eux, afin d'étendre leur expérience en réseau ;
- de soutenir et défendre leur action auprès des pouvoirs publics, et des organismes de paiement.

Ceci exige de développer des capacités d'argumentation et d'explication des projets et réalisations de soins de santé primaires.

3. FAIRE RECONNAÎTRE LA VALEUR SOCIALE ET ÉCONOMIQUE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET DU PERSONNEL QUI LES OFFRE

Cette approche des problèmes de santé demande d'étudier *le coût et l'incidence économique* des soins de santé primaires afin de leur attribuer une valeur monétaire correspondant à la valeur économique du service rendu en prenant en compte :

- La durée du temps de travail qu'ils exigent.
- La pénibilité.
- Les outils et technologies appropriés (qui ne sont pas uniquement de type médical, mais outils de compensation pour maintenir l'autonomie des malades ou encore des média sonores, et/ou visuels, etc.).
- Les frais de locaux, d'équipement et fonctionnement.
- La dotation en personnel offrant un service complémentaire (exemple : infirmières et aides-ménagères pour le maintien des personnes âgées à domicile).
- La formation-action indispensable à ces personnels.

La valeur économique et l'estimation des soins de santé primaires seront à étudier par rapport à l'ensemble d'un problème sanitaire à résoudre, non par tâches isolées, fractionnées, limitées à l'acte. Cela demande de reconsidérer complètement la valeur économique de tous les soins qui contribuent au maintien, au développement de la vie des personnes et des groupes, et de ne pas se limiter aux soins de réparation, comme c'est le plus souvent le cas actuellement.

Cette approche des problèmes de santé demande également **la reconnaissance de carrière des personnels de santé de base** — c'est-à-dire de terrain. C'est à la base que se fait le travail le plus essentiel, le plus important pour répondre aux besoins de santé tels qu'ils se présentent dans

leurs premières manifestations. Or le travail de base n'est reconnu ni socialement, ni économiquement, et par conséquent, il n'y a pas d'autre moyen pour les travailleurs de base désirant voir leur travail reconnu et valorisé que d'accéder à toutes les formes de spécialisation. Ils contribuent ainsi à développer une spécialisation outrancière axée vers l'hypertechnicité et l'extension des soins de réparation au détriment des soins d'entretien de la vie.

Pour que se développe un service de soins de santé primaires proche de la population, suscitant sa participation, **il est indispensable de reconnaître la place sociale et économique du travailleur de base, la valeur de son discernement, de sa polyvalence.** En réalité, c'est lui qui est la cheville ouvrière, la pierre angulaire de l'évolution de la prise en compte des besoins de **santé**.

Les « soins de santé primaires » resteront des vains mots ou feront l'objet de discours idéologiques stériles s'ils ne sont pas d'abord et avant tout l'expression d'une recherche en commun des travailleurs de la santé et de la population, à partir de la découverte et de la compréhension des besoins sanitaires, tels qu'ils se manifestent au sein des milieux de vie. Cette approche des besoins de santé passe par une mutation des attitudes et des comportements, entraînant des options sociales, économiques et politiques centrées sur le développement des personnes et des groupes. Cette mutation n'engage pas seulement le domaine de la santé, qui ne peut être isolé de l'ensemble des activités socio-économiques et politiques. Ce sont là des options déterminantes par rapport à l'avenir de l'humanité.

EXEMPLE D'UNE ACTION DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DE L'INJECTION MÉDICAMENTEUSE À UN DÉVELOPPEMENT DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES*

Les soins de santé primaires peuvent se développer au sein de différentes structures sanitaires. Toutefois, comme ils touchent directement la population dans son milieu de vie, leur premier développement se situe près de la population : au sein des quartiers, au sein des villages. Ainsi, les services de soins à domicile sont des lieux privilégiés pour développer les soins de santé primaires.

QU'ENTEND-ON PAR SERVICE DE SOINS À DOMICILE ?

Il faut entendre par là un regroupement de travailleurs sanitaires, constitués en équipe de soins, dont le but est d'offrir des soins de nature simple, et/ou complexe, afin de permettre aux usagers d'être soignés à leur domicile ou de bénéficier d'une permanence de soins proche de chez eux.

Les services de soins à domicile peuvent être **des centres de soins** ayant une identité juridique diverse :

congréganiste — associative
municipale — syndicat intercommunal,

ou des centres créés ou rattachés à des bureaux d'aide sociale (devenus aujourd'hui les centres communaux d'action sociale).

Les services de soins à domicile *peuvent être également intégrés dans un ensemble de services gérés par un organisme plurivalent*, comme ceux de la mutualité agricole, de mutuelles diverses, etc. Ils peuvent encore *être rattachés à des centres de santé* à but non lucratif, ou lucratif, ou avoir un statut de société : *cabinet de groupe*.

Quelle que soit leur appartenance juridique, leur finalité par rapport aux soins peut être extrêmement variable, suivant leur orientation sociale et économique et leur façon de concevoir l'approche des soins. En aucun cas on ne peut parler de service de soins à domicile lorsqu'un travailleur sanitaire est isolé (infirmière, médecin ou autre) : une personne, quel que soit son statut professionnel, ne peut former à elle seule une équipe, se constituer en organisme, en structure sanitaire.

Les services de soins à domicile peuvent avoir des équipes de soins constituées de différents travailleurs sanitaires et sociaux : infirmières, aides-ménagères, mais aussi des travailleuses familiales, une ou plusieurs assistantes sociales, kinésithérapeutes, etc.

La gestion et l'administration des services de soins à domicile dépendent à la fois de l'appartenance juridique et de l'orientation sociale et économique que se propose le

* Cette action de soins de santé primaires fut réalisée en 1979 par Cécile Fournier et Odile Scotto, infirmières au centre de soins de la Bégude Nord à Marseille, centre congréganiste implanté depuis 1970 dans ce quartier défavorisé. Cette action fut au point de départ de plusieurs actions de santé communautaire au sein du quartier en tenant toujours compte des habitudes de vie des gens, de leurs croyances et de leurs ressources. Cet exemple est une illustration du lien action-formation réalisée sur le terrain à partir d'une analyse des difficultés rencontrées par les gens et la façon de chercher avec eux comment y remédier. Sous l'impulsion de ces infirmières ce centre de soins a été de 1971 à 1989 un carrefour de rencontres et d'échanges pour les gens du quartier, les soins à domicile servant de point de départ à l'élucidation des problèmes rencontrés tant par les jeunes, que par les mères de famille, ou les personnes âgées. Cet article parut à la suite des « Soins de Santé Primaires... Une expression à la mode ? » était co-signé par Cécile Fournier, Odile Scotto et moi-même.

service dans son approche des soins. *Les centres de soins associatifs sont des services de soins à domicile qui sont cogérés par des infirmières et des usagers de soins. C'est la seule forme institutionnelle de service de soins à domicile qui a reconnu par voie législative la participation effective, directe des usagers à la gestion et l'administration du service de soins offert par des professionnels infirmiers.*

LES CENTRES DE SOINS, PORTEURS D'UNE DYNAMIQUE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Le ferment des soins de santé primaires peut se développer au sein de tout service de soins à domicile¹⁵, mais il est important de reconnaître que les centres de soins furent, parmi ces services, les tout premiers à reconsidérer en France une approche des soins ne se bornant pas à l'exécution ou l'application d'une prescription médicale, faite isolément, sans resituer dans son ensemble le, ou les problèmes de santé rencontrés par les personnes soignées et leurs familles. Tous les centres de soins ne peuvent se prévaloir de la même option dans ce domaine, mais plusieurs d'entre eux pourraient apporter un exemple du travail qu'il ont engagé en se centrant sur le développement du potentiel de santé des personnes et des groupes, en tenant compte de leurs conditions de vie, et en stimulant leurs capacités.

L'exemple donné ici, ne représente donc qu'une illustration de ce que peut être une approche de soins de santé primaires. D'autres réalisations ont pu faire l'objet d'exposés¹⁶ à des journées d'étude, ou d'articles parus dans diverses publications (professionnelles ou autres).¹⁷

UN EXEMPLE DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Situation de l'expérience¹⁸

Cette expérience a débuté dès 1970, voici dix ans dans un centre de soins où travaillaient deux infirmières de soins à domicile. Le centre est situé au cœur d'un quartier défavorisé de Marseille.

La population est représentée essentiellement par des familles

- de nationalité française 60 %, dont 40 % de rapatriées ;
- étrangères : 40 % ;
- dont les chefs de famille sont sans qualification professionnelle précise ;
- ayant des salaires proches du minimum garanti (salaires les plus bas des catégories socio-économiques) ;
- dont la plupart des femmes ne travaillent pas, ou font quelques heures de ménage ;
- dont la vie sociale est organisée autour de la télévision, seul loisir accessible ;
- dont l'aspiration est de pouvoir accéder davantage aux biens de consommation, tiraillées entre la publicité et leurs possibilités économiques.

Point de départ de l'expérience

Tout commença avec *l'observation et la constatation* par les infirmières du centre de soins :

de la nature	} d'une même prestation dans un nombre important de familles
de la fréquence	

Il s'agissait d'une injection intra-musculaire d'extrait de foie, faite à des enfants d'âge scolaire.

Cela amena les infirmières à s'interroger *sur la nature de la prestation* : pourquoi cette injection ? pour compenser quelle insuffisance ? la nature de cette insuffisance est-elle liée au mode d'alimentation (insuffisance protidique) ?

Si oui, pour quelles raisons :

- Habitudes alimentaires ?
- Ignorance de certains aliments nécessaires à la croissance ?
- Raisons financières : trop petits budgets familiaux ?
- L'ensemble de ces causes ?

Ces questions ont amené :

- La prise de contact avec les médecins de quartier :
 - pour leur faire expliciter la raison de leur prescription et en vérifier la finalité ;
 - pour les alerter sur la nécessité d'en rechercher les causes afin de voir comment passer d'une action palliative, faite pour surseoir à des signes de carence alimentaire, à une action sur les causes pouvant entraîner une telle carence.
- La poursuite d'un dialogue avec les familles, à leur domicile, à l'occasion d'un soin-tâche : l'injection, pour élucider avec elles les raisons qui pouvaient amener les signes d'insuffisance protidique. Le but était de vérifier le bien-fondé des hypothèses faites quant aux raisons possibles de déficience alimentaire.

Confirmation des hypothèses de travail

Le dialogue avec les familles mit en évidence la multiplicité des causes évoquées plus haut.

Les raisons de cette insuffisance protidique étant d'autant plus solidaires les unes des autres (habitudes alimentaires, méconnaissance d'aliments propres à la croissance, budgets familiaux très précaires) qu'elles sécrétaient elles-mêmes une autre raison : un niveau d'information très bas et un manque d'imagination et de créativité qui rive ces familles au système de consommation médicamenteuse pour résoudre des problèmes qui pourraient trouver d'autres solutions.

En s'interrogeant sur la nature des problèmes réels rencontrés par les familles à partir de l'intervention thérapeutique : l'injection d'extrait de foie, les infirmières, et avec elles les familles, passaient de la conception des soins centrée sur :

- la perception d'un signe (symptôme) considéré isolément, entraînant une prescription médicale et l'application de cette prescription
- à la conception des soins qui prend en compte un ensemble de faits et d'aspects interférant dans la situation.

Cela suppose :

- de les rechercher,
- de voir comment les intéressés peuvent agir sur ces faits et en modifier les conséquences.

À la recherche d'une action éducative élaborée avec les familles et les travailleurs sanitaires et sociaux concernés

À partir des causes majeures discernées :

- habitudes alimentaires : repas peu riches en viande,
- raisons financières,
- manque de créativité,

les infirmières susciterent un groupe de rencontre entre les familles concernées et les infirmières, tout d'abord en vue de conseiller les familles sur la composition équilibrée d'un repas (ainsi qu'on leur avait appris à le faire), ensuite, s'apercevant de l'inutilité de leur propos, elles reconsidérèrent ce qui pouvait faire échec à leur entreprise.

Le groupe devint un lieu d'échange sur les habitudes alimentaires, la façon de préparer les repas, la façon d'acheter les aliments, les possibilités d'achat.

À ce stade, constatant les grandes difficultés budgétaires auxquelles étaient confrontées les familles, les infirmières demandèrent la collaboration d'une conseillère en économie familiale, qui vint à ce groupe de rencontre.

Tout ceci aboutit à :

- découvrir ensemble certains aliments permettant d'accroître l'apport protidique ;
 - étudier les prix des aliments au marché, dans les boutiques, dans les supermarchés ;
 - concilier les achats avec les budgets et les habitudes alimentaires.
- Tout ce travail se déroula sur deux ans.

De l'élucidation d'un problème à un développement des soins de santé communautaire

Cette action éducative où infirmières, conseillère en économie familiale ont autant appris des familles que les familles des travailleuses sanitaires fut à l'origine de tout un ensemble de réalisations, à partir des problèmes rencontrés par les familles.

L'analyse de ces problèmes fut révélatrice du genre et de la nature d'un ensemble de projets répondant à différents besoins de santé, projets mis en place par les infirmières, les familles concernées, en liaison et collaboration avec d'autres travailleurs sanitaires et sociaux et intéressant également le milieu scolaire.

Ainsi commencèrent un ensemble d'*activités décidées par les familles, avec les concours des travailleurs de la santé* :

- alphabétisation en liaison avec une association d'alphabétisation ;
- expression des problèmes concernant l'espacement des naissances, la contraception, avec une conseillère conjugale ;
- action éducative de soins aux jeunes enfants en liaison avec le service de PMI, et l'Association départementale du centre de la famille ;
- rencontre avec des mères de famille, les instituteurs(trices) du premier cycle, et les infirmières pour évoquer et chercher à résoudre le problème des enfants qui ne prennent pas de petit déjeuner avant leur départ à l'école.

Chaque activité naît de la mise en évidence d'un problème précis, d'une recherche en commun de la façon de l'aborder, et des essais de résolution ou de compensation. De ce fait, les activités varient, elles se créent et prennent fin au fur et à mesure que les problèmes surgissent, puis trouvent une solution.

Actuellement, le centre joue le rôle de maison de quartier, les familles s'y rencontrent, échangent, organisent avec les infirmières ce qu'elles pensent nécessaire au développement de leur santé. *Elles se sentent chez elles en ce lieu, qui n'est pas l'endroit où l'on reçoit des conseils, mais où l'on vient partager des soucis et chercher ensemble comment y faire face.*

Difficultés rencontrées

Les principales difficultés rencontrées sont venues :

— *De la différence d'orientation et d'approche des soins infirmiers au regard de la conception médicale.*

Ceci en raison

- De la réserve des médecins et de leur peu de collaboration.
 - Du risque de diminution du pouvoir médical : le médecin n'étant plus le seul à savoir et à proposer. Il y a d'autres personnes qui voient d'autres aspects d'un problème de santé, et peuvent contribuer à le résoudre.
 - De la conception habituellement individualisante des soins, isolant le problème de son ensemble, et isolant les individus concernés par des problèmes de même nature. Il n'y a pas d'approche de groupe.
 - Du cloisonnement entre le préventif et le curatif, entre le « sanitaire » et le « social ».
- *De l'envahissement des formalités administratives* et de l'importance qui leur est donnée au détriment du temps passé aux relations et à la capacité de savoir les utiliser en construisant à partir de là un projet de soins.
- *De la multiplicité des services sanitaires et sociaux*, et des actions morcelées et parcellaires que cela entraîne.

— *De la non-reconnaissance économique et sociale* des relations engagées avec les familles et les professionnels, et le désintérêt des pouvoirs publics et des organismes de paiement (Sécurité sociale...) pour cette forme de travail. Les relations sont perçues comme accessoires tandis que les actes mesurables et quantifiables sont perçus comme essentiels, d'où le non-remboursement de cette forme de prestation-soin, et la non prise en compte du temps passé à des actions éducatives.

— *De la remise en cause d'un système de consommation* où chacun, y compris le personnel sanitaire, se trouve inséré, et où il est plus facile de donner des vitamines en comprimés, des piqûres en injection que de faire une action éducative ainsi que de développer les capacités des gens à améliorer leur santé.

— Des moments *de lassitude et de découragement* liés à cette forme d'action qui n'est pas spectaculaire, dont les résultats sont difficilement appréhendables en termes mesurables, et en tous les cas n'apparaissent que sur des temps très longs.

Commentaires

Cet exemple est une illustration d'une pratique des soins qui prend racine et qui s'appuie sur ce qui constitue les aspects fondamentaux de la vie des gens.

Ces soins prennent leur sens et peuvent se développer à partir :

— D'une *conception des soins* où soigner signifie non pas intervenir en agissant sur un symptôme (soin = intervention — prescription — application — exécution — surveillance) mais **où soigner, signifie :**

- **discerner la nature des problèmes rencontrés par les gens,**
- **en chercher les raisons,**
- voir comment **entreprendre avec eux une action** sur les raisons.

— D'une *interrogation sur les situations de soins rencontrées*.

Cela suppose de :

- Discerner *la raison de l'intervention* (injection, pansement) *de la nature du ou des problèmes posés*. Ce n'est pas si simple. Cela demande de ne pas confondre les signes, les symptômes avec les problèmes.
- De savoir lire au-delà des signes, *d'apprendre à comprendre leur signification* en recherchant l'ensemble des facteurs pouvant agir.
- *Discerner les ressources affectives, sociales, économiques* pouvant contribuer à l'atténuation ou la résolution du problème.
- *D'apprendre à utiliser la relation comme première source de connaissance d'un problème*.

« Relation » veut dire re-lie, mais relier quoi ? avec qui ? pourquoi ? Une relation ne naît pas de rien. Cela suppose d'avoir quelque chose à mettre en commun :

- À partir de faits.
- En s'interrogeant sur ces faits *à partir de ce que vivent* les gens.
- En cherchant *les liens entre ces faits* et les facteurs en présence.
- En *découvrant la signification de ces facteurs*, leurs liens et leur interaction.

— D'un *partage, et d'une collaboration avec les différentes personnes concernées*.

Cela aboutit à *désirer partager avec d'autres* tout ce qui a trait à une situation requérant d'élaborer un projet sanitaire, c'est la situation qui sert de support à ce partage, qui fait que l'on a quelque chose à se dire, à se communiquer, pour élaborer un projet où chacun se sent concerné, à commencer par les gens eux-mêmes. Ceci suppose de *discerner avec eux ce qui est important pour eux*, à partir des moyens qu'ils ont. Le risque demeurera toujours de créer des relations entre professionnels de la santé, aux dépens des gens.

Cette approche des soins suppose :

— **Une capacité d'analyser les phénomènes de vie**, les problèmes quotidiens et de se réinterroger à leur sujet.

— Une remise en cause :

- de nos objectifs professionnalistes ;
- de la nature de nos connaissances souvent trop spécialisées, unilatérales, plus scientistes que scientifiques (la nature de toute science est de rester ouverte à tous les possibles) ;
- du mode d'utilisation de ces connaissances et du pouvoir qu'elles nous confèrent : est-ce un pouvoir de prise en charge des gens, ou *est-ce un pouvoir qui a pour but de redonner du pouvoir aux gens, de les rendre plus aptes à comprendre et à résoudre les problèmes qu'ils rencontrent ?*

— **Une remise en question de notre pseudo-neutralité** en nous considérant comme faisant partie des situations, et non au dehors, non comme l'arbitre... et par le fait en acceptant *de partager* non seulement des connaissances, mais *les sentiments* que nous éprouvons devant les problèmes que nous rencontrons. Ces sentiments sont le plus souvent masqués ou déguisés, car on a appris au personnel sanitaire à les taire, alors qu'ils interfèrent continuellement dans les situations et qu'ils ne sont ni pris en compte, ni explicités et encore moins analysés.

— **Une remise en cause des normes de valeur économique et sociale** auxquelles se réfèrent les actes sanitaires que nous posons, les soins que nous prodiguons, et par là même un requestionnement des strates de hiérarchisations professionnelles, et du pouvoir qui leur est conféré.

Notes

1. G. Belloncle et G. Fournier, *Santé et développement en milieu rural africain*, Paris, Éditions Ouvrières, 1975. C'est entre autres le travail du Dr. Fournier en Afrique qui permit le développement des équipes de santé villageoises au Niger.

2. Il faut mentionner particulièrement l'action entreprise en plusieurs endroits par les religieuses de quartier, et l'impulsion donnée en France par certaines d'entre elles comme Michèle Barrot et Rose Ville à Saint-Chamond, Michèle Potier à Lille, pour permettre l'extension d'une telle démarche avec les usagers.

3. « Les Services infirmiers des collectivités (*community health nursing*) », Genève, juillet 1974, rapport technique n° 558. Voir aussi *Chroniques de l'Organisation mondiale de la santé*, 1974-1978.

4. OMS, « Les Problèmes que pose une médecine prospère », *Chronique OMS*, vol. 31, n° 1, p. 8-13.

5. Conférence d'Alma Ata, *Chronique OMS*, novembre 1978, p. 444 (souligné par nous).

6. *Ibid.*, p. 450.

7. La mise en évidence de la dimension sociale de la santé est la marque d'une grande évolution des esprits : le « sanitaire » ayant été très délibérément isolé du « social » depuis près d'un siècle.

8. OMS, « Les Soins infirmiers de la collectivité », *loc. cit.*, p. 8.

9. La prévention repose essentiellement sur la possibilité de permettre à chacun d'exprimer ses préoccupations, ses difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne en tenant compte de ses ressources et de ses moyens culturels. Elle est donc bien plus que l'application de mesures sanitaires préventives.

10. De nombreux exemples en sont donnés à l'heure actuelle, grâce aux études et travaux d'anthropologie (exemple : travaux de Françoise Loux, Yvonne Verdier, etc.) ou des

témoignages de personnes qui ont vécu l'époque antérieure à l'extension de la médecine (exemple : *La Soupe aux herbes sauvages* d'Emilie Carles, Mémé Santerre, et autres), ou comme nous le montrent certaines émissions de télévision sur ce thème comme « Les gens d'ici ».

11. J.-P. Dupuy et S. Karsenty, *L'Invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil, 1974.

12. I. Illich, *La Convivialité*, Paris, Seuil, 1973 ; I. Illich, *Némésis médicale*, Paris, Seuil, 1975. Il ne peut être question de nommer ici tous les ouvrages qui ont étudié ce sujet. Voir à ce sujet les revues *Autrement*. *Franco-Tireurs de la Médecine*, n° 9, 1977. *La Santé à bras de corps*, septembre 1980.

13. Conférence d'Alma Ata, *Chronique OMS*, vol. 32, novembre 1978, p. 439-462.

14. Ouvrages pouvant être consultés et servir d'outils de travail : AMIEC : *Santé et milieu de vie*, n° 4, 1977 ; M. Bradin et A.-M. Raimbault, « De la connaissance des besoins aux activités de santé », *L'Enfant en Milieu Tropical*, n° 124, 1980.

15. M. Glasberg, « Là où les toubibs ne venaient plus », *La Santé à bras le corps*, Revue *Autrement*, septembre 1980, p. 121-129.

16. Une expérience de développement de soins infirmiers communautaires présentée aux Entretiens de Bichat en 1978, par l'équipe du centre de soins de Saint-Chamond.

17. C. Rodes, « Des infirmières au rythme d'une ville », *La Santé à bras le corps*, Revue *Autrement*, septembre 1980, n° 26, p. 114-120.

18. Par expérience, il faut entendre ici la réalisation d'une action sanitaire entreprise par des travailleurs sanitaires avec des familles concernées par un problème de santé, et en relation avec d'autres travailleurs sanitaires et sociaux. Chacun se trouve dans une démarche d'interrogation et de recherche pour comprendre les différents aspects du problème, et chercher des moyens d'y remédier en s'appuyant sur le développement de la capacité des personnes, et en tenant compte de leurs ressources.

Quels usagers ? Pour quelle santé ?*

QUELS USAGERS POUR QUELLE SANTÉ ?

Soigner d'hier à aujourd'hui avec *les usagers de la santé*, c'est resituer la notion même d'usagers.

QUELS USAGERS ?

Si le mot « usagers » fait difficulté aujourd'hui, et que beaucoup se demandent ce qu'il recouvre, ou ne se reconnaissent pas dans cette dénomination, c'est parce qu'il a perdu son sens originel, sens qui lui redonne toute sa signification.

US... AGERS vient de *us* et *agere*, c'est-à-dire celui qui sait AGIR, qui met en action : les *us* et coutumes, celui qui est porteur de savoirs acquis par les façons de faire, les habitudes de vie et qui sait les agir.

Un usager est celui qui a un savoir et sait s'en servir.

Si l'on resitue ceci par rapport à la santé, cela suppose de se demander si les usagers ont encore un savoir ? lequel ? ou s'il faut entendre par « usagers » de simples « consommateurs » ? ou des « clients », ce dont beaucoup se défendent — mais en ce cas quel savoir est le leur ? comment le mobilisent-ils ? à commencer par ce que représente la notion même de santé.

* Communication faite le 26 novembre 1983 au cours du Forum du Réseau-Santé de Lyon, à la demande de Marie-Claire Chomel qui en était la présidente. Ce thème de réflexion entre usagers et professionnels de la santé et de l'action sociale (telle la santé maternelle et infantile) m'a souvent été demandé, tant au niveau des centres de soins à domicile qu'auprès d'associations d'usagers et d'associations familiales.

SENS ORIGINEL DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE

La santé vue comme une définition ou comme un concept est d'apparition toute récente¹. Si l'on retrouve les racines étymologiques du mot *santé*, il vient du mot

SALUS, salutis... en latin → SALUT

Mais aussi dans la plupart des langues du monde

SALAM... en arabe « *salàm alaïk* »,

HAIL... en anglais venant de l'ancien mot français « héler »

Le SALUT se traduit en verbe d'action par

Je te salue... je te reconnais en VIE

je reconnais que tu VIS

je reconnais ce qui VIT en toi

C'est dire que le mot SANTÉ est une transposition du mot VIE comme l'indique si bien le langage populaire, expression des Sagesse les plus anciennes : « Tant qu'il y a la VIE, il y a la santé » ce qui veut dire que même lorsqu'on est malade on est encore en santé, la santé étant toutes *les forces de VIE, les capacités de VIE* qui demeurent en soi, y compris lorsqu'il y a maladie, ou accident. Il n'y a pas de rupture entre *santé* et *maladie* mais affrontement entre ce qui vit et ce qui est porteur de MORT.

Ceci explique que la dénomination même de MALADIE soit exprimée par le même mot que le mot MORT dans beaucoup de langues de tradition orale : la *MALADIE* étant ce qui fait obstacle à la VIE, ce qui s'affronte à la VIE, en la menaçant de façon temporaire ou définitive.

Ainsi est-on loin des entités théoriques et des concepts abstraits de la santé et de la maladie l'une comme l'autre n'existant pas en soi. De la même façon que Charles Belmont montre dans le film *RAK* que la médecine ne sait plus s'adresser qu'à des organes malades, ou en passe de le devenir, en ironisant que personne n'a jamais rencontré un foie, un rein ou une moëlle épinière dans la rue, de même personne n'a jamais rencontré LA SANTÉ et pas davantage « *cet état de complet bien-être* » figé dans un temps mythique et paradisiaque, totalement déconnecté de cette réalité permanente de tous les êtres vivants qui ont chaque jour à prouver leur existence dans une confrontation entre ce qui stimule leurs forces de VIE en faisant face à ce qui est porteur de MORT.

SANTÉ et MALADIE, autres mots pour traduire la signification de ce qui vit et de ce qui est porteur de MORT, au lieu de s'exclure comme on l'a laissé entendre, comme on le laisse croire, sont la manifestation de ce qui nous fait vivre, ce qui développe notre faculté de vivre, notre possibilité d'être au monde, d'exister en rapport avec ce qui menace ou inhibe

notre vie, et ceci jusqu'au seuil de la mort, expression dernière de la vie. Déjà Héraclite révélait la force de cet antagonisme complémentaire dont chacun d'entre nous est porteur dès sa conception, en proclamant « *Vivre de mort, mourir de Vie* ».

Dans cette perspective que signifie retrouver le sens originel des SOINS, le sens, la raison d'être de SOIGNER ?

SOIGNER N'EST PAS TRAITER

Dès que la vie apparaît les soins existent, car il faut « *prendre soin de la vie* » pour qu'elle puisse demeurer. De là une des plus vieilles expressions de l'histoire du monde : « *prendre soin de* ». Il fallait prendre soin des femmes en couches, prendre soin des enfants, prendre soin des vivants, mais aussi des morts. Tout cela amenait aussi à prendre soin du feu pour qu'il ne s'éteigne pas, des plantes, des instruments de chasse, des peaux, puis, plus tard, des récoltes, des animaux domestiques, etc.

Encore à l'heure actuelle cette expression courante « *prendre soin de* », « *avoir soin de* », retransmet le sens initial et originel du mot « soin ». Lorsque je demande à quelqu'un de « prendre bien soin de mes plantes » quand je pars en vacances, il ne viendra à l'esprit de personne de penser que soigner veut dire leur donner des médicaments. Immédiatement, je serai amenée à donner les indications de tout ce qui est indispensable à mes plantes pour qu'elles demeurent en vie, et ceci en fonction de leurs *habitudes de vie*. Elles ont toutes besoin de boire, mais chacune différemment. Il en sera de même pour la lumière, la chaleur, ou bien éviter les courants d'air... *Soigner, c'est donc entretenir la vie en assurant la satisfaction d'un ensemble de besoins indispensables à la vie, mais qui sont diversifiés dans leurs manifestations*. Les différentes possibilités de répondre à ces besoins vitaux font naître et instaurent des habitudes de vie propres à chaque groupe.

Soigner... veiller à... représente un ensemble d'actes de vie qui ont pour but et pour fonction d'entretenir la vie des êtres vivants en vue de leur permettre de se reproduire et perpétuer la vie du groupe. Cela a été et cela demeurera le fondement de tous les soins.

Ceci nous amène à comprendre qu'il n'est pas possible de rendre signification à la pratique des SOIGNANTS — et tout particulièrement à la pratique infirmière² — sans clarifier la différence qui existe entre « *soigner* » et « *traiter* », et sans se rendre compte que traiter la maladie ne pourra jamais suppléer à toute cette mobilisation des capacités de vie

que représente soigner. Pour les plantes et les animaux, le vocabulaire courant conserve la différenciation fondamentale entre *soigner* et *traiter*. On soigne une plante en pourvoyant à tout ce qui est nécessaire à sa croissance et à son développement pour qu'elle puisse grandir, fleurir, donner des fruits. Eau, chaleur, lumière... sont prodigués en accord avec les habitudes de vie de la plante. On la traite lorsqu'elle a une maladie ou une parasitose — comme des pucerons par exemple — en lui donnant un produit faisant obstacle à la maladie ou à la parasitose, produit qui ne remplacera en rien les soins d'entretien de la vie qui, par contre, sont dispensés avec encore plus d'attention, de fréquence, de méticulosité et de souci d'adaptabilité. De la même façon, on passe un temps très long à soigner les bêtes (lavage, brossage, étrillage des chevaux par exemple), tandis que ce n'est qu'occasionnellement qu'il arrive de les traiter, en étant encore plus vigilant aux soins d'entretien de la vie et souvent en les multipliant s'il y a risque de maladie ou installation de quelque affection.

S'il demeure une distinction si précise entre *soigner* et *traiter* lorsqu'il s'agit des plantes et des animaux, il importe de constater et de prendre conscience que pour les hommes les traitements ont absorbé et accaparé les soins de telle façon que, dans les institutions sanitaires « soigner » recouvre prioritairement ce qui est du domaine du traitement, de la réparation, rendant accessoire, caduque et de la dernière importance tous les soins coutumiers et habituels fondamentaux pour entretenir la vie de tous les jours et permettre la lutte contre la maladie : tous ces soins vitaux qui sont prioritairement le substratum de tout traitement. *La signification de traiter a insidieusement emprunté celle de soigner et s'en est revêtue*. Alors que l'on sait pertinemment pour les plantes et les animaux que traiter ne peut jamais être et devenir à aucun moment et en aucun cas un substitut de soigner, les hommes ont à subir tous les jours le très grave préjudice de cette substitution lorsqu'ils ne sont pas ou ne sont plus à même de *se soigner*, c'est-à-dire de *prendre soin d'eux-mêmes*.

Soigner est d'abord, et avant tout, un *acte de VIE*, dans le sens que soigner représente une variété infinie d'activités qui visent à maintenir, entretenir la VIE et à lui permettre de se continuer et de se reproduire. En soignant, on ne peut donc pas échapper à la question : mais *quelle vie* entretient-on ? Et à *quel prix* ? Pour *quelle raison d'exister* ?

SOINS D'ENTRETIEN DE LA VIE, SOINS DE RÉPARATION OU TRAITEMENT

Ce discernement entre SOIGNER et TRAITER amène à considérer comme *de nature différente* et complémentaire :

— Les soins coutumiers et habituels ou *soins d'entretien et de maintien de la vie* (dénommés *care* en anglais).

— *Les soins de réparation* ou traitement (dénommés *cure* en anglais).

Les soins d'entretien ou de maintien de la vie représentent tous ces soins permanents et quotidiens qui ont pour fonction irremplaçable d'assurer tout ce qui est vitalement indispensable pour continuer à vivre, en prenant en compte et en mobilisant tout ce qui existe, tout ce qui demeure des capacités de vie de la personne ou du groupe. Ils sont liés à *tout cet ensemble d'activités qui assurent la continuité de la vie comme* : boire, manger, évacuer, se laver, se lever, bouger, se déplacer, ainsi que tout ce qui contribue au développement de la vie de toute personne, en construisant, en entretenant sa raison d'exister, en mobilisant son réseau relationnel, en stimulant les échanges avec tout ce qui est fondamental à sa vie, car *sources d'énergie vitale* : l'eau, la chaleur, la lumière, la relation avec les personnes connues, les objets familiers, etc. Tous ces soins sont fondés sur toutes sortes d'habitudes de vie, de coutumes, de croyances.

Les soins de réparation ou traitement³ ont pour but de limiter la maladie dans sa progression, de lutter contre elle, et de s'attaquer à ses causes. Ces soins ne sauraient avoir de sens ni d'effet que s'ils s'ajoutent et agissent de façon complémentaire aux soins d'entretien de la vie qu'*ils ne peuvent jamais remplacer*, auxquels ils ne peuvent en aucun cas se substituer sans devenir gravement dommageables. Aucun traitement, fût-il le plus sophistiqué, ne peut remplacer des soins d'entretien de la vie. Par contre, l'accroissement, la multiplication des traitements sont dans de très nombreux cas un pis-aller ou un substitut à la carence, à l'insuffisance, voire à l'absence de soins coutumiers et habituels d'entretien de la vie. Ceci est d'autant plus facilité que les soins d'entretien de la vie sont totalement dévalorisés parce qu'ignorés et méprisés tant vis-à-vis des savoirs qu'ils requièrent que de leurs effets, tandis que sont seuls reconnus et valorisés les techniques et outils de réparation de la maladie, ce qui réduit la pratique soignante à une application et à une surveillance de traitements, reléguant comme tâches viles et subalternes tout ce qui ne relève pas de l'investigation et du traitement.

COMMENT LES USAGERS PEUVENT-ILS SE SITUER PAR RAPPORT AUX SOINS ?

— En découvrant quel est leur savoir par rapport à ce qui est santé et maladie, c'est-à-dire par rapport à ce qui vitalise, ce qui développe leurs capacités d'exister, ou ce qui les entrave et les diminue.

— En comprenant mieux la différence qui existe entre « soigner » et « traiter », et en contribuant à valoriser la place irremplaçable des *soins d'entretien de la vie*.

— En se rendant compte que *les soins et la façon de soigner augmentent ou diminuent le pouvoir d'exister*.

Être soigné... se soigner... soigner... véhicule un pouvoir qui peut être *réducteur ou libérateur*

POUVOIR RÉDUCTEUR DES SOINS

Les soins, dont les soins infirmiers, véhiculent un pouvoir réducteur à chaque fois qu'il y a réduction des capacités des usagers des soins, de leur famille, c'est-à-dire à chaque fois qu'on n'a pas identifié ce qu'ils pouvaient ou savaient faire par eux-mêmes et qu'on n'utilise pas tout ce qui les motive, les mobilise, leur donne désir et goût de vivre, leur fait découvrir leur propre possibilité, gagner confiance en eux-mêmes et construire un sentiment de valorisation personnelle.

Ce pouvoir de réduction des aptitudes et intérêts des personnes soignées et de leurs familles n'est pas forcément le fait d'un mobile intentionnel, comme on a pu trop souvent le croire ; il est le plus souvent le signe d'une difficulté, d'un obstacle auquel s'affrontent les soignants, obstacle qui, s'ils n'arrivent pas à le découvrir et à le comprendre, entrave leurs propres capacités.

POUVOIR LIBÉRATEUR DES SOINS

Un pouvoir est libérateur à chaque fois que, s'appuyant sur les forces et capacités en présence, il libère d'autres possibilités ou permet aux capacités existantes de se développer ou tout simplement d'être utilisées. Un pouvoir n'est pas libérateur unilatéralement, c'est tout le contraire d'une œuvre de bienfaisance où il y a un bienfaiteur et un récipiendaire. La libé-

ration des capacités dont sont porteuses d'autres personnes passe par la libération de nos propres capacités qui, dans chaque situation nouvelle, s'opère avec la leur en se cherchant en complémentarité et en ajustant des différences.

Le pouvoir véhiculé par les soins infirmiers est libérateur à chaque fois :

— *qu'il permet aux usagers des soins de développer leurs capacités à se soigner...* mais aussi à soigner : ainsi les mères qui en soignant leurs enfants au quotidien leur permettent de libérer leurs capacités d'assurer ce qui est indispensable à leur vie ;

— *qu'il reconnaît le savoir des personnes soignées*, qu'il utilise ce savoir, et leur permet de l'accroître ;

— *qu'il rend ou accroît un pouvoir d'être, d'autonomie* : en gagnant en capacité à assurer la réponse à ses propres besoins, en apprenant à compenser les déficits fonctionnels, en développant des facultés physiques, affectives, psychiques qui diminuent la nécessité d'aide ;

— qu'il permet aux usagers des soins *d'utiliser le pouvoir qui leur reste*, de mobiliser tout ce dont ils sont encore capables, y compris leur désir, et de voir avec eux ce qui en permet et/ou en limite la réalisation.

Au terme de cette rapide communication qui ne peut qu'effleurer quelques pistes de réflexion, faut-il se demander : *Quels usagers pour quelle santé ?* ou plutôt : QUELLE SANTÉ POUR QUELS USAGERS ?, car ce sont les usagers qui ont entre leurs mains l'essentiel du pouvoir de leur santé ↔ maladie s'ils ne le laissent pas échapper.

Cela suppose de :

— Ne pas faire de la santé un concept normatif vide de sens, mais de retrouver en quoi SANTÉ et MALADIE sont corrolaires dans cet affrontement permanent des forces de VIE et de MORT.

— Retrouver le sens originel des soins, et discerner les *soins* de développement et *d'entretien de la vie* des traitements.

— Reconstruire et se réapproprier le savoir des soins.

— Partager le pouvoir des soins avec les soignants lors d'événements requérant un accompagnement ou lorsque la maladie ou le handicap requièrent une complémentarité. *Partager ne signifiant pas se démettre, ou s'en remettre.*

— Comprendre que les soins et la façon de soigner sont porteurs d'un *pouvoir qui peut être réducteur ou libérateur.*

— Reconnaître la dimension sociale et économique des soins d'entretien de la vie, les faire reconnaître et les valoriser, sinon les hommes seront soumis aux seuls traitements.

Mais est-ce possible que les usagers reprennent pouvoir sur leur santé sans prendre leur place dans les structures dans lesquelles ils sont insérés : structure de travail, mais aussi au sein de structures sanitaires : crèches, services de PMI, services de soins à domicile, et — pourquoi pas ? — services hospitaliers... ?

Prendre soin de la vie demeure tout aussi vital pour les hommes d'aujourd'hui que pour ceux d'hier. Qui, sinon les usagers des soins et les soignants, assumera cette fonction irremplaçable dont nulle part au monde on ne saurait se passer ? *Retrouver des soins porteurs de la vie, des soins vivifiants pour les usagers comme pour les soignants*, tel est un des très grands défis de notre histoire.

Notes

1. C'est à la fin du XIX^e siècle que la santé est définie comme un concept et qu'elle devient une entité que l'on oppose radicalement à la maladie, situant les individus dans deux catégories qui s'excluent mutuellement : les *malades* et les *bien-portants*.
2. Le sens donné au mot « *pratique* » au cours de cette communication ne saurait se confondre avec le « contraire de la théorie » auquel on l'a assimilé, ou avec la « technique ». C'est le sens remis en évidence par tous les travaux d'anthropologie culturelle qui est utilisé ici : celui qui exprime à la fois une *découverte* et une *action transformée en SAVOIRS* à partir d'événements concrets de la vie quotidienne telles les *pratiques alimentaires*, les *pratiques du corps*. Toute pratique est génératrice de savoir. Elles sont à l'origine de toutes les sciences. C'est en comprenant les dimensions d'une telle signification que la *pratique soignante infirmière* peut retrouver son sens et son amplitude.
3. Je pense qu'il est préférable de ne pas utiliser le mot *soins* de réparation — comme on le fait souvent — pour désigner les traitements, ce qui continue de maintenir une équivoque, mais d'utiliser le mot **traitement** pour ce qu'il est.

Bibliographie

- Delumeau J., *Le Pêché et la peur*, Paris, Fayard, 1983.
 Loux F., *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, InterEditions, 1983.
 Loux F., *Une si longue naissance*, Paris, Stock, 1983.
 Lowen A., *La Peur de vivre*, trad. de l'américain, Paris, Seuil, 1983.

Évolution des soins de santé primaires*

Je voudrais en premier lieu communiquer mon malaise de faire un exposé de plus sur les soins de santé primaires tant ils m'apparaissent menacés par le risque de sombrer derrière les flots de discours et les piles d'écrits.

*J'avais demandé de pouvoir faire cette intervention avec une infirmière du terrain afin qu'elle apporte un témoignage direct de soins de santé primaire au quotidien. Cela n'a pas été possible, et je le regrette, car j'ai cette impression de reproduire ici avec vous ce qui se passe tous les jours : dérober la parole des soignantes/soignants qui, de façon invisible et méconnue, accomplissent ou aident à réaliser ces soins qui **assurent, maintiennent, stimulent, permettent la continuité de la vie.***

J'essaierai de faire émerger jusqu'à vous, ce qu'avec les gens — les usagers des soins —, les infirmières et autre personnel sanitaire et social, ou toute autre personne participant de près ou de loin à la santé, nous avons appris des soins de santé primaires, des difficultés auxquelles ils s'affrontent, de leurs enjeux socio-économiques, et en lien avec ce qui précède, des suites possibles de leur évolution.

Je me suis mise dans la situation très inconfortable d'essayer de faire apparaître ce que peuvent représenter les soins de santé primaires dans la réalité quotidienne, leur approche, les moyens qu'ils suscitent qui sont

* Texte publié à la suite d'une communication faite le 21 octobre 1987 dans le cadre du Symposium « *Changements dans les soins de santé et formation des infirmiers/ères au 21^e siècle* ». Ce symposium était organisé par le comité consultatif pour la formation dans le domaine des soins infirmiers institué auprès de la Commission des Communautés européennes, à l'occasion du dixième anniversaire des directives communautaires relatives aux infirmiers/ères responsables des soins généraux, en présence de madame Simone Veil, ancienne présidente du Parlement européen. Ouverture du Symposium par madame Rose-Marie Weinrich en présence de 176 infirmières, infirmiers et administrateurs de la santé (Rapport EUR 12040 FR).

souvent très différents de ceux qui peuvent être préconisés par les écrits destinés à la formation, ou servant aux directives administratives.

Il est fort difficile, j'en ai conscience, d'aborder d'une façon générale un sujet aussi complexe :

— À la fois en raison de la diversité des cultures, des façons de vivre, et des orientations socio-économiques et politiques des différents pays, même s'il y a un désir de trouver certains consensus sur des questions fondamentales, comme a vocation de le faire la Commission Européenne, mais en évitant les risques d'uniformisation, de régulation identique, au détriment de la diversité de la vie, expression même de la santé : la santé des êtres vivants est par essence, diverse dans ses formes d'accomplissement puisqu'elle est expression de ce qui vit et de façons de vivre.

— D'autre part, il ne m'est pas possible d'aborder ici, dans ses formes variées, certains des grands problèmes de la conjoncture socio-économique affectant fondamentalement les possibilités de vivre, affectant directement la santé, à savoir :

- le chômage,*
- les conséquences des fluctuations monétaires,*
- les populations déplacées, migrantes (j'entends aussi bien les migrants internes qui se déplacent d'une région à une autre pour trouver du travail que les migrants étrangers). Toutefois, rappelons avec la Déclaration d'Alma Ata les liens que peuvent avoir tous ces problèmes avec l'injustice sociale et économique.*

— La diversité venant de faits démographiques déterminants, comme l'accroissement continue de la population âgée non seulement en nombre, mais en seuil d'âge (personnes au-delà de 80 ans, avec les phénomènes de dépendance et de chronicisation que cela entraîne).

— L'apparition de nouveaux problèmes sanitaires et épidémiologiques telle que l'explosion du Sida, cette nouvelle maladie du système immunitaire ; tout en faisant attention que l'arbre ne cache pas la forêt, en sachant que les signes du problème ne sont pas le problème, ou que la maximalisation du problème peut en cacher d'autres apparemment plus banaux, mais tout aussi importants.

C'est dire qu'il n'est pas possible d'aborder ici les soins de santé primaires à partir de l'un ou l'autre de ces facteurs, mais davantage de questionner le sens, la signification de l'approche des soins de santé primaires, et voir comment cette approche peut les prendre en compte.

Les soins de santé primaires sont à notre porte, que ce soit au domicile ou à l'hôpital, et pourtant nous allons chercher bien loin pour les rencon-

trer, pour les évoquer. Pensant qu'ils sont le fait de pays en voie de développement, aux ressources limitées, ils ont en Europe, et dans la société occidentale, fait figure de parents pauvres jusqu'à la crise économique. En fait, si l'on comprend l'esprit qui les anime, ils remettent fondamentalement en question l'héritage du professionnalisme. Si l'on ne saisit pas cela, ils risquent de rejoindre les idéologies ou de demeurer, comme c'est le cas à l'heure actuelle, méconnus et cachés, tout autant que celles et ceux qui les prodiguent tous les jours.

ORIGINES RÉCENTES D'UNE APPROCHE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES RETROUVÉE DANS LES PAYS DU TIERS-MONDE : LEUR TRANSFORMATION EN CONCEPT

L'expression « soins de santé primaires » commence à émerger dans les années 1970, à partir de plusieurs réalisations de différents pays du Tiers-Monde, aussi divers que le Niger, l'Indonésie, la Tanzanie, Cuba, la Chine, réalisations faites dès les années soixante, et dont certaines sont devenues connues par la diffusion de leurs résultats.

Avant de devenir une notion, ce qui a mis **en mouvement** les soins de santé primaires, c'est-à-dire **les soins de première nécessité**, ou encore **les soins vitalement indispensables**, ce sont des professionnels de la santé. Au lieu d'appliquer des rituels bien organisés, bien schématisés autour desquels fonctionne l'institutionnalisation des « soins », comme la pesée des nourrissons, l'éducation des mères pour les soins aux enfants, pour la nutrition..., infirmières, médecins, les soins de santé primaires :

- sont partis de la découverte, de la constatation de **ce qui pose problème aux gens** dans telle ou telle situation, dans telle ou telle circonstance ou condition de vie ;

- puis, ont cherché avec eux comment ils voient le problème, comment ils se le représentent ;

- et comment il est possible d'aborder le problème pour chercher à le compenser **en s'appuyant sur leurs savoirs**, leurs moyens et sur ce qu'ils sont à même de réaliser par eux-mêmes, ou en accompagnant ce qu'ils sont à même de faire. **C'est cela LA PARTICIPATION.**

Dans toutes ces réalisations, l'approche a été **d'apprendre des gens** au lieu de leur apprendre :

- de connaître leurs savoirs, de ne pas aller à l'encontre de ces savoirs,

— de s'appuyer sur ces savoirs (qui enrichissent considérablement les connaissances des professionnels),

— de les compléter, ou réajuster sur tel ou tel point à partir de la nature des problèmes posés et des moyens pour y répondre.

Cette façon d'apprendre des gens et de partir de leurs savoirs peut paraître aller de soi, mais elle ne l'est pas du tout, car c'est redonner une place aux savoirs empiriques, aux savoirs acquis par l'expérience discrédités au profit des savoirs écrits acquis par l'instruction.

C'est une inversion de l'approche « professionnelle » habituelle qui stipule que les gens sont ignorants — surtout s'ils sont illettrés —, tandis que le professionnel sait, alors que, dans bien des cas, il n'a pas un savoir adapté aux situations, ou qu'il veut appliquer ce qu'il sait sans avoir découvert ce que font et savent les gens.

Cette approche qui part des savoirs et des moyens des gens à partir de leur condition de vie s'est **révélée économiquement rentable**, car il est très coûteux d'introduire de nouvelles façons de faire, de nouveaux produits (tel le lait en poudre...) sans partir des ressources existantes, des possibilités d'utilisation, et des savoirs. Lorsque les savoirs des gens sont méconnus, brisés ou annihilés par la supériorité du professionnalisme ou le conformisme culturel, les gens perdent leur capacité de discernement, deviennent dépendants, et assujettis aux institutions tutellaires qui leur offrent de les prendre en charge, donc empêchent leur participation.

La rentabilité économique, apparue au premier abord, est celle qui est venue de la non-déstabilisation du savoir des gens à partir des moyens et des ressources d'utilisation accessibles. Par contre, tout autres seront les effets économiques d'un système d'institutionnalisation des soins de santé primaires qui ne part pas des gens, mais de directives bureaucratiques.

EXTENSION DE L'APPROCHE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

La connaissance des réalisations opérées à partir de l'approche des soins de santé primaires dans les pays du tiers-monde, mais aussi les proportions minimales ou très insuffisantes des populations pouvant utiliser les services de santé — hospitaliers ou extra-hospitaliers —, ainsi que l'inquiétude des dépenses dites « de santé » essentiellement consacrées aux diagnostics et aux traitements — qui devraient s'appeler dépenses de maladie — ont amené l'Organisation mondiale de la Santé à inciter les

gouvernements non seulement à prendre en compte ces réalisations mais à en susciter d'autres, et à s'en inspirer pour redévelopper une philosophie de la santé.

Le premier séminaire organisé par l'OMS pour amorcer le renouvellement d'une approche des problèmes de santé au niveau international fut en 1974 un séminaire mondial partant des réalisations d'infirmières et infirmiers dans différents pays du monde pour dégager une approche communautaire des soins : *community health nursing* : soins infirmiers de santé communautaire. Ce séminaire annonçait les prémices de la Conférence mondiale d'Alma Ata du 6-12 septembre 1978, dont chacun connaît la Déclaration, Charte d'une nouvelle philosophie de la Santé.

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES EN EUROPE AVANT LA DÉCLARATION D'ALMA ATA

Même si l'idée ou la notion de soins de santé primaires n'avait jamais été mentionnée comme telle en Europe, il ne faut pas croire que cette approche n'était jamais apparue. Lorsqu'elle existait, elle se manifestait sous des formes ou des réalisations différentes selon les lieux et les pays en fonction du jeu d'influences diverses.

L'Angleterre, par exemple, bénéficia pendant longtemps de la notoriété de l'expérience et des savoirs développés par les matrones et les sages-femmes dont la médicalisation se fit beaucoup plus tardivement qu'en France et en Allemagne, ce qui donna une tout autre assise à l'émergence du nursing, dont le premier livre qui fit date, *Notes on Nursing*, fut un véritable traité de soins de santé primaires sans en avoir la dénomination : Florence Nightingale s'adresse à toutes les femmes amenées à soigner, pour qu'à partir de leur expérience elles acquièrent des connaissances « distinctes des connaissances médicales ».

En Finlande, les infirmières ont pratiqué pendant des années un service infirmier de santé publique basé sur le discernement des difficultés rencontrées par les gens en fonction des exigences géographiques et climatiques, non concurrencé par une médicalisation peu développée jusque vers les années 65-70. La Finlande, grâce à ses infirmières de Santé publique, pouvait s'enorgueillir à cette époque d'avoir le plus haut niveau de Santé publique en Europe.

Le besoin de faire face à des impératifs climatiques et géographiques a également influencé une approche des soins en Hollande en partant davantage de la population, quelles que soient les appartenances confessionnelles.

Dans les pays latins, les changements politiques apportés par la démocratie au Portugal et en Espagne ont occasionné, en beaucoup d'endroits, une approche renouvelée des soins, plus proche de la population, approche qui cherche à affermir ses assises professionnelles.

D'autres pays ont amorcé cette ouverture vers des soins qui partent de ce qui est vital, de première nécessité pour les gens, par des voies différentes, comme le mouvement de psychiatrie hors les murs en Italie, ou à partir d'expériences d'autogestion, en Yougoslavie.

En France, le passé religieux, les effets de la cléricatisation des sages-femmes, puis de la médicalisation de la grossesse ainsi que des soins autour de la naissance et de la mort, mais aussi le passé de paupérisme des hôpitaux suivi de leur médicalisation, rendirent tout à fait exceptionnelle une approche des soins qui part des façons de vivre des gens et de leurs savoirs, jusqu'à de récents mouvements — crèches sauvages ou centres de soins à domicile débutés autour des années 65-70.

Cette approche de soins de santé fut amorcée par des usagers des soins qui osèrent interpellier le professionnalisme des soignants, ou fut initiée par des infirmières qui osèrent questionner la signification des actes qu'elles distribuaient en tâches (telles des injections d'extrait hépatique à des enfants présentant des carences nutritionnelles voir p. 291), ou qui s'interrogèrent sur les conseils qu'elles distribuaient ou sur l'éducation donnée aux familles.

Elles décidèrent, à partir de ce qu'elles découvraient des difficultés des gens, de se mettre à apprendre des mères ou des malades qu'elles soignaient ainsi que de leurs familles, afin de partir de la façon dont ils se représentaient leurs problèmes, et de s'appuyer sur les savoirs d'expérience qu'ils avaient. Ce faisant, souvent elles se dévalorisaient, en ne se considérant plus comme « professionnelles » ; puisque **être professionnelle**, c'est **professer**, c'est-à-dire transmettre ce que l'on croit bon pour les autres, ce que l'on a appris. C'est appliquer ce que l'on a appris, ou enseigner les gens sur ce qu'ils doivent faire.

Pourtant, comme monsieur Jourdain du *Bourgeois Gentilhomme* de Molière qui faisait de la prose sans le savoir, elles utilisaient l'approche des soins de santé primaires sans le savoir pour réaliser avec les familles des projets de soins, et développer au sein des quartiers des projets de santé.

Mais, n'étant pas reconnue comme une approche professionnelle, ni explicitée comme telle, cette façon d'aborder les problèmes sanitaires et sociaux s'est heurtée aux difficultés d'une non-reconnaissance sociale et économique du travail accompli de la sorte, sortant des normes institutionnalisées et des actes financés, sans parler des obstacles rencontrés auprès des médecins.

En France, comme ailleurs, c'est une difficulté majeure des soins de santé primaires d'élucider les différents aspects du travail réalisé ainsi et d'en faire apparaître les incidences économiques.

Jusque-là, lorsque existait cette approche des soins, ou une action sanitaire à partir de ce qui est vital pour les gens (en cherchant avec eux ce qui peut diminuer ou résoudre leurs difficultés), elle apparaissait, suivant les pays ou les lieux, de façon plus ou moins conscientisée : soit comme allant de soi (Finlande), soit occulte (France). Pratiquement, cette façon d'aborder les difficultés des gens et de les soigner n'était jamais identifiée comme telle en vue de servir de base à une philosophie et à une orientation professionnelle reconnue.

Telle est, me semble-t-il, la façon dont se présentaient les soins de santé primaires, non identifiés comme tels, en Europe, à la veille de la diffusion des recommandations d'Alma Ata, et des directives qu'elles suscitérent de la part du Bureau régional OMS de l'Europe.

L'officialisation des soins de santé primaires et des soins de santé communautaire, indissociables, allait se heurter à quelques difficultés pour les rendre véritablement opérant.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES EN EUROPE POUR RENDRE LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE PARTIE PRENANTE D'UNE ORIENTATION FONDAMENTALE DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Au premier abord, les difficultés ou les réticences sont venues de ce que :

— Les soins de santé primaire ont été perçus comme une pratique répondant aux besoins des pays en voie de développement, mais pas adaptée à l'Europe avec ses populations scolarisées, son produit national brut élevé, son équipement en service de santé. Aussi, ce ne sera qu'après les débuts de la crise économique, en 1974, qu'on commencera à envisager l'extension d'une politique de soins de santé primaires pour les pays occidentaux.

— La diffusion de directives internationales, puis nationales et locales, ayant pour but de favoriser le développement de « la santé pour tous en l'an 2000 », directives s'appuyant sur des moyens rapides d'information et d'application de stratégies communiquées par les canaux d'enseignement théoriques et didactiques, sans pour autant avoir acquis l'expérience de rencontres avec les gens dans leurs différents milieux de vie, sans partir de ce que l'on apprend d'eux, de ce qu'ils savent, afin de chercher avec eux la façon d'aborder les problèmes qu'ils rencontrent, à partir de leurs moyens.

— La profusion des écrits, des définitions, des guides d'enquêtes, d'éducation pour la santé, de principes directeurs à appliquer, en vue de former des formateurs, sans que ces formateurs¹ n'aient pu se rendre compte par eux-mêmes ce que représente rencontrer des gens, tels des jeunes aux prises avec les problèmes de la drogue.

— La méconnaissance des initiatives existantes à partir des lieux d'exercice professionnel ; la non-reconnaissance, la non-prise en compte d'expériences concrètes, de réalisations opérées sur le terrain, réalisations qui parfois même ont sombré ou disparu devant l'application de directives très formelles, d'enquêtes de besoins très systématisées, qui ne s'appuient pas sur ce qui a pu être découvert et utilisé à partir de la connaissance des gens.

— La conception que les soins de santé primaires relèvent de peu de compétence et l'illusion qu'ils requièrent peu de connaissances — ce qui laisse croire qu'il faut les confier à des personnels auxiliaires non qualifiés, ceci après un siècle de lutte pour la reconnaissance de personnel infirmier formé. La multiplication en Europe de strates de personnels auxiliaires non qualifiés, payés au rabais, contribue à dévaloriser tous les soins infirmiers qui ne relèvent pas de techniques médicales, laissant au personnel infirmier la seule compétence de la haute technicité, tandis que les soins d'entretien de la vie, de stimulation des capacités de vivre, d'accompagnement de malades dans leurs familles, ainsi que les soins au corps sont considérés comme tâches subalternes.

SE RÉAPPROPRIER LES SAVOIRS DES SOINS COURANTS : UN ENJEU MAJEUR POUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

L'emploi du jargon terminologique des « soins de santé primaire », ne laisse pas percevoir immédiatement sa signification fondamentale, à savoir ce qui est **primaire**, c'est-à-dire **premier, de première nécessité**,

autrement dit **VITAL**, ou dont la carence portera un grave préjudice à la vie des personnes. Ce qui implique que ce qui est vital est à découvrir en fonction des lieux de vie, des façons de vivre, des croyances, des ressources, des âges de la vie, toute chose qui demande de découvrir et prendre en compte la diversité des situations.

C'est autour de tous les soins indispensables à la vie quotidienne que se situe en premier lieu tout ce qui est vital et de première nécessité pour les enfants, les mères, les malades, les personnes âgées. Chacun sait que soigner ses plantes consiste à leur procurer tout ce qu'il leur faut pour vivre et se développer. En les soignant, on acquiert tout un savoir sur ce qui leur est nécessaire. Si toutefois l'une ou l'autre présente des signes de maladie, on sera amené à les traiter, mais à aucun moment le traitement pourra se substituer aux soins. Les savoirs acquis autour des traitements ne peuvent remplacer en aucun cas les savoirs acquis autour des soins vitaux, les traitements ne pouvant se substituer aux soins sans mettre en péril la vie. Lorsqu'on traite une plante, on redouble de soins.

Les soins indispensables à la vie semblent aller de soi. On n'en remarque pas l'absolue nécessité tant ils semblent relever de l'évidence ou de la banalité. Ils tissent la vie quotidienne et, ce faisant, préviennent la maladie. Ils sont d'une autre nature que les traitements médicaux, mais en cas de maladie ils précèdent, accompagnent les traitements médicaux. Ils font l'objet de savoirs empiriques très élaborés. Or, la médicalisation et le professionnalisme ont pu rendre désuets les savoirs élémentaires construits autour des soins, ou laisser croire à leur vulgarité, ou les minimiser au point de les faire disparaître, ceci ayant des effets des plus dommageables sur la santé. Par le recours constant au personnel médical, les mères ont perdu des savoirs élémentaires de la vie quotidienne sans que l'instruction donnée aux professionnelles infirmières et aux médecins leur ait permis pour autant de maîtriser ces savoirs. Ces pertes réciproques coûtent cher à la société. Deux exemples peuvent illustrer cette perte de savoirs courants autour de soins de base.

Premier exemple

Une mère de famille vient à une consultation de Protection maternelle et infantile avec sa petite fille de 2 mois. C'est son deuxième enfant. Sans connaître le rythme des biberons ou la façon dont la mère alimentait son enfant, le médecin de PMI lui conseille de « passer l'enfant à quatre repas », conseil répété par l'infirmière puéricultrice. Cette maman revient en consultation quinze jours après. La petite fille accuse une courbe de

poids élevée. On demande à la maman si elle l'a bien mise à quatre repas. Elle répond par l'affirmative. Ces mêmes conseils sont répétés à la consultation suivante avec les mêmes effets : courbe de poids grimpante, signes de bébé « soufflé ».

Une visite à domicile va donner l'occasion de procéder autrement que par conseil établi seulement sur une norme d'âge, mais de partir de la mère en s'intéressant à la journée de l'enfant, à ses propres occupations. La maman se plaint d'être très occupée, entre autres par la préparation et le temps passé aux repas de sa petite fille. Ceci permet d'apprendre de la maman que, suivant à la lettre le conseil donné à la consultation de nourrisson, elle donnait bien quatre repas à sa fille tout en continuant à donner cinq biberons.

On est là devant les méfaits du professionnalisme : donner une indication sans avoir pris connaissance de ce que la maman faisait. Le conseil est donné en fonction de normes d'âge, de poids, sans se rattacher à ce que fait et connaît la mère. Il tombe comme une directive, isolée d'un contexte. Du côté de la mère, la référence à l'indication professionnelle est vécue comme une règle de conduite à suivre² sans qu'il y ait le moindre questionnement, le moindre discernement avec ce qu'elle faisait. Il y a annihilation de tout savoir d'expérience, de tout savoir de bon sens, entraîné par un conditionnement aveugle, conditionnement qui est d'autant plus fort que les mères étant beaucoup plus isolées qu'avant, ne partagent plus entre elles des façons de faire permettant l'élaboration des savoirs.

Cet exemple peut paraître extrême, il ne l'est pas. Il s'agissait d'une maman française, instruite, issue d'un milieu dit de classe moyenne. Il n'est pas du tout exceptionnel, en ce sens qu'autour de toutes sortes d'aspects de la vie quotidienne **le professionnalisme et la médicalisation se sont non seulement substitués aux savoirs des gens, mais ils ne mobilisent pas leur expérience pour leur permettre de construire un savoir**. Cela se retrouve tout aussi bien à partir de consultations privées de pédiatre. Mais partir de l'expérience des gens et de leurs savoirs nécessite que les infirmières comme les médecins aient eux-mêmes découvert comment élaborer un savoir utilisable³ en prenant en compte d'autres aspects que les seuls notions, concepts ou principes reçus et emmagasinés par l'instruction donnée par les cours et les manuels.

Deuxième exemple

Il part d'une équipe de 8 infirmières de soins à domicile dont le Centre est rattaché à un organisme de paiement⁴.

Influencées par l'exécution d'actes prescrits par le médecin, répondant à des demandes individuelles, il ne va pas de soi que les infirmières de soins à domicile questionnent le genre de personnes qu'elles sont amenées à soigner, et la raison qui engage les soins donnés à domicile, pour en avoir une vue d'ensemble et dégager certaines constatations à partir de la nature de leurs interventions et de leur fréquence.

Ici, des infirmières — au lieu de se lancer sur une grande enquête systématique sur les besoins de la population — se sont demandées comment mieux découvrir quelles personnes elles soignaient et pourquoi elles intervenaient en prenant en considération quelles maladies affectaient les hommes ou les femmes qu'elles soignaient, en relation avec leur âge et leur environnement. Cette analyse faite par secteurs géographiques à partir des situations de soins à domicile leur permit de mettre en évidence les problèmes de santé qui se présentaient fréquemment.

De cette façon, elles constatèrent dans un quartier la fréquence « d'otites à répétition » affectant de jeunes enfants. Autour des « otites à répétition » elles se sont demandées comment avoir une action préventive. Mais était-ce possible sans s'interroger sur quels enfants avaient des otites à répétition ? Ce qui pouvait occasionner des otites ? Ce qu'avaient ou non constaté les mamans ? Ce qui était connu des mères c'est qu'en « bonnes mères », « s'occupant bien de leurs enfants », elles se rendaient chez le pédiatre à chaque fois que l'enfant avait une otite et en revenaient avec un traitement d'antibiotiques.

« Otites à répétition »... il ne fut pas évident de se demander ce qui était entendu par là. Quelle était la fréquence de réapparition des otites, leur durée, quelle oreille était atteinte ? Questions d'une banalité qui peut paraître déconcertante, mais qui fournissent des précisions indispensables.

Ces interrogations ont amené l'équipe à mettre en commun leur expérience de mères ou leur expérience acquise pour s'être occupées d'enfants afin de retrouver ce qui pouvait occasionner des otites. Alors apparut comme important de prendre en compte l'âge des enfants : entre 5 et 24 mois. C'est ce qui mit sur la voie de l'élaboration d'un savoir de groupe entre les infirmières en retrouvant comment l'otite était pour ces enfants le signe d'une complication de poussées dentaires. Ces poussées dentaires provoquant elles-mêmes une hypersécrétion salivale venant encombrer les voies respiratoires, ce qui réclame une attention pour les dégager — savoir que les mères avaient autrefois et que toute femme africaine a encore en aspirant ou asséchant les conduits de l'enfant.

C'est autour de soins apparemment très banals consistant à retrouver comment dégager les voies respiratoires supérieures⁵ des jeunes enfants,

en cherchant avec les mères comment elles peuvent le découvrir à partir de ce qu'elles ont constaté avant et pendant une poussée dentaire, que les infirmières ont pu entreprendre une action préventive, car elles ont pu élaborer ensemble un savoir en rapprochant des faits d'expérience de connaissances reçues dans des cours qu'elles n'avaient absolument pas intégrées : ce qu'elles avaient appris théoriquement ne leur permettait pas de faire des liens avec des situations concrètes.

L'expérience réalisée par les infirmières de découvrir ensemble, dans un travail de réflexion, ce qui pouvait entraîner des otites à répétition chez de jeunes enfants de 5 à 24 mois leur servit pour permettre aux mères de ces enfants de le découvrir à leur tour. L'effet à ce jour fut que dans les deux mois qui suivirent il n'y eut plus de manifestation d'otite.

Mais cet exemple parle aussi au niveau des incidences économiques :

— Les effets se font sentir, au niveau des oreilles des enfants, effets immédiats, et effets concernant la diminution auditive que les otites peuvent entraîner plus tard avec leurs incidences sur la santé, sur la vie quotidienne et professionnelle, sur les coûts en maladies, en appareillage.

— Effets économiques immédiats avec diminution de consultations chez les pédiatres, et diminution de prescriptions médicamenteuses, donc diminution de coût de Sécurité sociale.

Mais en ce cas, la question se pose alors autrement : **comment reconnaître et financer le temps passé par les infirmières pour retrouver un savoir** apparemment banal, pouvant sembler anodin, voire vulgaire, mais dont les conséquences sanitaires, sociales et économiques pèsent lourd ? Ce travail partant des soins courants et de la réélaboration des savoirs doit-il demeurer ignoré, invisible, accessoire ou dérangeant parce que remettant fondamentalement en cause ce qui touche aux savoirs courants des soins simples et de première nécessité, et les incidences économiques que cela entraîne au niveau d'une diminution des prescriptions médicales et des traitements qui s'ensuivent ?

Cet exemple est l'illustration de la réélaboration et réappropriation d'un savoir autour de soins courants tant pour les mères que pour les professionnelles infirmières, mais il fait apparaître également la dynamique des enjeux sociaux et économiques qui s'opère autour de ces soins par rapport à l'utilisation des budgets et des modes de financement. La perte de savoirs autour de soins courants occasionne de très lourdes **dépenses** « de santé », ou plutôt de **maladie**. Est-on prêt à reconnaître l'intérêt de ces soins — qui à l'encontre de ce que l'on croit ne vont pas de soi — et à financer le temps nécessaire pour les retrouver et les pratiquer ?

*COMPRENDRE LES ENJEUX ET LES ENTRAVES DES SOINS
DE SANTÉ PRIMAIRES LIÉS À L'HÉRITAGE CULTUREL
AYANT INFLUENCÉ L'ÉVOLUTION ET
L'INSTITUTIONNALISATION DES PRATIQUES DE SOINS*

Même s'ils ont fait apparemment un détour par les pays en voie de développement, les soins de santé primaires n'échappent aucunement aux influences culturelles qui ont en Europe profondément modifié l'approche des soins, leurs significations symboliques, leur finalité profonde.

Sans pouvoir retracer ici le lent parcours de l'évolution des pratiques soignantes dans la société occidentale en tenant compte de la longue durée, il importe de retenir quelques points fondamentaux pour comprendre comment les soins de santé primaires, même s'ils se veulent être une forme rénovée des soins, demeurent profondément dépendants des influences d'un passé, retentissant tous les jours sur le présent et l'avenir. Pour comprendre ce passé, il faut mettre en lumière les phénomènes d'acculturation qui se sont produits avec l'usage de l'écriture qui, en donnant naissance à de nouvelles formes de savoirs, engendrent de nouvelles philosophies de la vie et substituent le savoir de celui qui professe aux savoirs acquis par une expérience reconnue. Par ailleurs, la mise en place progressive d'une institutionnalisation des soins à partir d'une valorisation de la pauvreté a eu un impact déterminant sur la méconnaissance de la valeur sociale et économique des soins courants les plus fondamentaux.

*DES SOINS CENTRÉS SUR CE QUI FAIT VIVRE AUX SOINS
CENTRÉS SUR LE PÉCHÉ, LE MAL, LA SOUFFRANCE,
LA MORT*

L'émergence du christianisme située au carrefour de l'influence des philosophies grecques de Platon et d'Aristote, du monothéisme judaïque, des gnostiques et des moines anachorètes du désert, sera marquée par la valorisation de la supériorité de l'esprit sur le corps, des hommes sur les femmes.

Dès les III^e et IV^e siècles, la doctrine des Pères de l'Église oriente toute la conception de la vie vers l'autre monde.

Cela amènera à considérer :

— *La vie comme méprisable (contemptus mundi, fuga mundi)*. Ceci entraîne un mépris de la vie quotidienne, un mépris de ce qui fait vivre

ici-bas, et amène à considérer tout ce qui assure la vie quotidienne comme sans intérêt, banal, indigne, laissé aux gens de rien auxquels on refuse un savoir.

— *Le corps considéré comme vil et abject* entraîne le mépris des soins au corps, de l'hygiène, et plus particulièrement des soins autour de la grossesse, de la naissance, qui sont perçus comme dégradants, vils, marqués par la souillure et l'impureté.

Ce rejet de tous les soins autour de la grossesse et la naissance amènera un appauvrissement considérable des soins puisqu'en les condamnant on excluera des pratiques soignantes tout un ensemble de savoirs visant à stimuler, développer les capacités de vivre, et ceci jusqu'au seuil de la mort, car les soins autour des mourants sont directement inspirés des soins autour de la naissance.

— *Le salut dans l'autre monde* : « faire son salut » ne peut se concevoir que dans l'autre monde. C'est là un changement radical de la notion de salut, terme qui a donné naissance au mot santé, et qui signifie originellement tout ce qui fait vivre, comme l'exprime le proverbe : « Tant qu'il y a de la vie, il y a la santé ». « Faire son salut » signifiera donc de ne s'attacher qu'à la vie dans l'autre monde, les soins spirituels prenant le relais des soins au corps pour chercher à préparer le pécheur à la bonne mort. Les soins qui s'inspirent de la doctrine de l'Église se distancieront du corps pour s'attacher à lutter contre ce qui donne la mort : le péché, le mal. Quand le mal perçu comme engendrant la maladie pourra être traité, il y aura valorisation de la haute technicité, des exploits, voire des fantasmes de transgression de la mort aux dépens des soins multiples et variés qui stimulent les capacités de vivre. **Les soins de santé primaires souffrent à ce jour de cette valorisation de tout ce qui lutte contre la mort aux dépens d'une stimulation de ce qui fait vivre, donne le désir de vivre, de ce qui mobilise les forces vives.**

DE L'ORIGINE ET DES EFFETS DU PROFESSIONNALISME

Bien que l'écrit soit issu d'un monde sans écriture et continue de se nourrir des savoirs d'expérience, des savoirs empiriques, non seulement dans toutes les sociétés, mais dans tous les micro-milieus de la société occidentale, les écrits deviennent dès les débuts l'apanage des gens lettrés que sont les prêtres, les clercs et les scribes qui donneront naissance aux deux grandes professions des médecins et des juges.

La thésaurisation des écrits permet à ceux qui les détiennent de les classer, de les épurer, d'en éliminer, de décider de leur valeur. C'est-à-dire de **décider de ce qui est bon ou mauvais**. Ce sont les gens doctes qui fondent la doctrine et la diffusent en la professant. **Professer devient instruire les autres de ce que la doctrine détermine comme bon ou mauvais**. Les savoirs acquis à partir des pratiques soignantes connaîtront ce même sort dès le début de leur transcription par les prêtres, puis au sein des écoles de médecine. L'imposition de savoirs issus de la doctrine chrétienne et des écoles de médecine au mépris de la diversité et de la continuité des savoirs empiriques autour des soins courants d'entretien de la vie, ainsi que des remèdes éprouvés, donnera lieu aux multiples condamnations des matrones, vieilles femmes, guérisseuses et guérisseurs par les tribunaux de l'Inquisition dont l'apogée sera la chasse aux sorcières poursuivies durant quatre siècles.

Il s'ensuivit que le peu de savoirs écrits légués par les femmes au ^{xvii^e} siècle⁶ furent exploités pour donner lieu à une profusion de **manuels** écrits par les médecins et officiers de santé à l'intention des sages-femmes, des gardes, gardes-malades et infirmières. Puis vinrent les manuels de puériculture destinés aux mères pour élever leurs enfants selon des « principes scientifiques ».

Les écrits des manuels ont diffusé bien avant les écoles de sages-femmes et d'infirmières l'instruction professée par les médecins telle que doivent l'acquérir les femmes qui soignent en apprenant d'eux le rôle qui sera attendu d'elles. Les savoirs d'instruction se substitueront aux savoirs d'expérience qui ne trouvent plus leur place. Les sages-femmes, et d'ailleurs encore les infirmières ont été enseignées et instruites sous la tutelle des prêtres et médecins qui ont décidé des savoirs qu'elles devaient ou ne devaient pas acquérir, ainsi que de leur rôle.

À leur tour les infirmières et infirmiers vont éduquer les gens tel qu'on les a formés, en professant, c'est-à-dire en indiquant aux gens ce qu'ils doivent faire ou ne pas faire pour être en santé. Nous n'avons pas appris à apprendre des gens, à apprendre des événements, à apprendre des situations, mais à appliquer des principes, des théories au lieu de savoirs, expliciter, théoriser ce que nous avons découvert dans la variété des situations qui se jouent au quotidien. Le professionnalisme qui consiste à substituer des savoirs professionnels aux savoirs acquis par les gens est antinomique des soins de santé primaires. Même si apparemment les gens semblent avoir peu de savoir. L'avenir des soins de santé primaires sera dans la capacité de partir du savoir des gens, mais aussi des professionnels de la

santé. En ne leur livrant pas du prêt à penser, mais en leur permettant de construire leur savoir en conciliant expérience et connaissances écrites.

L'INSTITUTIONNALISATION DES SOINS NON SEULEMENT À PARTIR DES PAUVRES, MAIS AUTOUR DE LA VALORISATION DE LA PAUVRETÉ

C'est pour remédier aux préjudices causés par les pauvres et les indigents que se créent des institutions pour les recevoir. C'est à partir des pauvres que les soins sortent du cadre de la famille et du voisinage. Avec l'essor de l'urbanisme, puis l'avènement du christianisme, la pauvreté devient le référent de l'institutionnalisation des soins, orientant directement leur conception et déterminant leur mode de financement.

La conception des soins visant à « faire du bien » au pauvre et à lui indiquer ce qu'il doit faire pour assurer son « salut » institue un mode de relation de dépendance et de soumission envers le soignant qui lui prodigue ses bienfaits.

De plus, cette relation tient pour ignorant celui qui est assujéti à recevoir les soins qu'on lui procure, tandis qu'elle confère honneur et notoriété à celui qui les prescrit (le médecin), ou plus simplement la satisfaction du devoir accompli pour les soignants. Cette conception héritée du passé tient encore souvent le patient ou l'utilisateur des soins pour un mineur, non pour un partenaire direct des décisions qui le concerne. Quant à la valorisation de la « pauvreté d'esprit », elle est responsable d'avoir laissé croire que les soins peuvent être régis par des règles de conduite induisant des comportements et des attitudes tandis qu'était réfrénée l'acquisition de connaissances indispensables pour faire face aux difficultés de vivre.

C'est également la valorisation de la pauvreté qui a assimilé les soins à la pauvreté, tandis que par ailleurs s'instaurait au nom de cette même pauvreté tout un système d'acquisition de biens et de circulation de revenus.

En confiant aux religieuses les soins des pauvres, les soins sont passés d'une économie de subsistance à une économie de production. Grâce à celles qui ont mis leur vie au service des pauvres — les religieuses — et au personnel subalterne qui n'était pas payé, les soins étaient rentables. Non seulement les soins ne coûtaient rien, mais ils rapportaient de l'argent. En fait, les institutions se sont enrichies par le truchement des

dons et des legs sans pour autant que ces soins fassent l'objet de quelque estimation économique. Ce n'est qu'au début du ^{xx}e siècle que sera attribuée une valeur monétaire non aux soins qui restent l'apanage du personnel subalterne, mais aux actes médicaux — les examens et traitements. Ce sont ces actes qui serviront de base à l'estimation économique des soins techniques délégués au personnel infirmier.

À part quelques soins d'hygiène comme les toilettes, le plus souvent relégués au personnel infirmier auxiliaire — comme du temps des religieuses au personnel subalterne — **tous les soins ne relevant pas d'examen et de traitements médicaux ne sont aucunement pris en compte dans une estimation financière de coût et encore moins d'incidence économique.**

Même si l'on n'ose plus dire à haute voix que les soins courants indispensables à la vie font partie du dévouement ou de la conscience professionnelle, ils le demeurent de fait, aussi bien dans les services hospitaliers qu'extra-hospitaliers, car ils ne sont pas couverts financièrement et ne sont pas reconnus comme tels, ni pour le temps qu'ils réclament, ni pour la réflexion et les connaissances qu'ils exigent, ni pour la concertation qu'ils requièrent. De même que si de retentissantes campagnes d'éducation sanitaire trouvent à être subventionnées, par contre le temps passé par des infirmières à rencontrer les gens dans leur milieu de vie pour comprendre avec eux comment se posent les problèmes de santé qui les affectent et élaborer des projets de soins ne l'est pas.

Il apparaît fondamental afin de les faire reconnaître économiquement et socialement de comprendre comment et en quoi les soins de santé primaires sont entravés aujourd'hui par ce passé qui a relégué comme secondaires — voire méprisables — les soins les plus fondamentaux, et comment la valorisation de la pauvreté a laissé croire que les soins étaient affaire de dons⁷ au point qu'avec la médicalisation qui exigeait d'autres ressources, tous les soins ne relevant pas de techniques médicales furent et demeurent le plus souvent considérés comme allant de soi. C'est aussi grâce à cette non-reconnaissance des soins autour de ce qui stimule les possibilités de vie que « les soins dits de santé » demeurent centrés sur la maladie, et que c'est la maladie qui demeure la base et le référent des dépenses « de santé », reléguant comme accessoire ce qui aide à vivre.

CONSÉQUENCES POUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

L'avenir des soins de santé primaires se joue d'abord au niveau des services et des différents lieux de la pratique soignante. On a cru depuis bien trop longtemps que c'était la formation en soi qui améliorerait la qualité des soins.

C'est souvent illusoire pour la formation de base : tout autre est l'impact de la formation permanente lorsqu'elle part des situations de soins ou des problèmes de santé rencontrés, car elle s'inscrit dans l'exercice professionnel, or **c'est l'exercice professionnel qui consacre la pratique des soins ou le mode d'action sanitaire.**

L'AVENIR DES SOINS INFIRMIERS, DONT LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES, SE JOUE AU NIVEAU DES SERVICES

C'est par la prise de conscience de la nature des soins que les infirmières offrent à la population et des pressions socio-économiques et institutionnelles qu'elles subissent pour offrir des soins plus adaptés aux besoins des gens que se jouera l'évolution et les effets des soins de santé primaires tant pour les usagers des soins que pour les infirmières.

Il apparaît indispensable de :

Retrouver le sens originel des soins, en redonnant la première place aux soins d'entretien et de stimulation de la vie. En Europe, les enjeux du développement de la santé se jouent entre la priorité accordée aux « soins » médicaux, c'est-à-dire aux traitements, qui dans les services hospitaliers représentent plus de 80 % de ce qui est dénommé « soins infirmiers ». Si l'on accorde de l'importance à ce qui est vital et de première nécessité, on sera amené à une inversion de la place à donner aux traitements médicaux au regard des soins de stimulation des capacités de vivre, c'est-à-dire que ces soins constituent au moins 60 % de l'activité infirmière⁸. Il en est de même pour les soins à domicile. Même si les infirmières ont déjà réintroduit ces soins dans certains services, comme les soins aux mourants, ils sont encore rarement pris en compte dans un budget soins.

Retrouver également le sens originel des soins dans les services extra-hospitaliers où la « prévention » se limite si souvent au dépistage systé-

matique et, à l'heure actuelle, à des enquêtes par questionnaires, souvent très loin des préoccupations des gens. Ceci suppose que les infirmières des services hospitaliers et extra-hospitaliers puissent :

Découvrir les gens dans différents milieux de vie, en osant davantage partir de l'inconnu des situations qu'ils vivent. Aller au devant des gens dans différents milieux sociaux et lieux de vie est le point de départ de tous soins de santé primaires. Cela demande d'apprendre à se situer en partie dans des relations variées, en dépassant la relation dominant-dominé qui s'est développée dans les institutions sanitaires.

Développer leurs capacités d'analyse de problèmes, dans le sens de chercher ce qui pose problème aux personnes soignées en tenant compte de leurs ressources affectives, sociales, économiques, mais aussi de leurs habitudes de vie. Ceci veut dire d'apprendre à dépasser les signes du problème, pour chercher à comprendre comment se pose le problème. Ainsi, le retard de langage d'un enfant est le signe d'un problème aux formes et causes diversifiées.

Apprendre à *regrouper les faits constatés à partir de situations individuelles* pour engager des actions touchant des groupes de personnes autour de problèmes identifiés. Par exemple remarquer ce qui est de première nécessité pour des mères en dépression sur un quartier et chercher avec elles ce qui peut compenser certaines de leurs difficultés débouche sur une **épidémiologie de terrain**, dont les approches et les résultats sont tout à fait autres que l'épidémiologie systématique qui relève de grandes enquêtes mais qui demeurent le plus souvent très éloignées des réalités socio-économiques de la population. C'est l'épidémiologie de terrain qui donne les bases de la **recherche-action**.

Développer la recherche-action qui part des constatations faites avec les gens **en les rendant acteurs directs de la recherche**. Elle part de la constatation de risques encourus par les gens sans en faire des groupes à risques devenant la cible de contrôle et de tutelle sanitaire. La recherche-action procède par tâtonnements, essais et réajustements en fonction de la nature des problèmes, des personnes qui les vivent, des ressources existantes, des difficultés rencontrées. La recherche-action part de la constatation de risques et/ou des difficultés rencontrées ainsi que leurs conséquences proches et/ou lointaines. Ces constatations servent de base

à l'action à entreprendre et à l'estimation des effets de ce qui est mis en œuvre.

Apprendre à *faire apparaître le temps passé aux soins d'entretien de la vie* qui à l'heure actuelle demeure **travail invisible** au regard des « soins médicaux », mais dont la carence ou l'absence aboutit à des coûts cachés. De la même façon, apprendre à faire apparaître le temps de réflexion et de concertation indispensable à l'élucidation de problèmes, l'élaboration de projets de soins ou projets d'action sanitaire, temps qui exige d'être reconnu comme partie intégrante du temps de travail, ce qui est loin d'être le cas, le temps infirmier demeurant encore majoritairement rempli d'une succession de tâches : que ce soit l'application et la surveillance de traitements médicaux, des visites systématiques, des consultations de dépistages etc.

Apprendre à *faire une analyse économique* du travail infirmier à partir de la gestion des soins, non pas pris isolément à la tâche ou au coût par coût (coup par coup), mais à partir de la vision d'ensemble de projets de soins avec l'élucidation des raisons justifiant le temps passé. Apprendre à situer l'analyse économique **dans la durée en relation avec les effets des soins compte tenu de la difficulté des problèmes à résoudre, ceci afin de faire apparaître les incidences économiques** jamais prises en compte au niveau des soins infirmiers, le seul critère retenu étant le coût.

Les soins de santé primaires amorcent une mutation économique autour des soins qui ne pourra s'opérer que s'il y a reconnaissance de la valeur des soins de santé primaires par les organismes de Sécurité sociale, les mutuelles et les pouvoirs publics.

Apprendre à *positiver notre travail*, à être consciente de sa valeur, c'est-à-dire de la plus-value qu'il apporte économiquement et socialement. Ceci suppose de dépasser la façon minimisante héritée du passé des femmes, du passé des religieuses et du passé infirmier pour évoquer ce que nous faisons. Le parler infirmier s'exprime le plus souvent sous forme négative : « Je n'ai fait que... ce n'est rien... ou c'est bien normal... » Toutes formes qui nous empêchent d'expliciter notre travail et de devenir consciente de nos réalisations.

Par voie de conséquence cette approche des soins de santé demande :

La reconnaissance d'une carrière d'infirmière de base. C'est à la base qu'a lieu le travail le plus essentiel, le plus important pour répondre aux

besoins de santé. Or le travail de base n'est reconnu ni socialement, ni économiquement, et par voie de conséquence, il n'y a pas d'autre possibilité pour le personnel infirmier de faire reconnaître son travail, et se valoriser, que par la spécialisation outrancière qui reste essentiellement liée soit à l'hypertechnicité et aux soins de réparation, soit aux postes administratifs. Pour que se développe un service infirmier proche de la population, suscitant sa participation, il est indispensable de reconnaître la place sociale et économique du travailleur de base, la valeur de son discernement, de sa polyvalence. En réalité, c'est lui qui est la cheville ouvrière, la pierre angulaire de l'évolution de la prise en compte des besoins de santé.

La réduction de l'écart de salaire entre les médecins et les infirmières. Si les infirmières sont jugées être des personnes-clés de la santé pour tous en l'an 2000, ce ne doit pas être au rabais. Il demeure un fossé dans de nombreux services entre le prix du travail accompli par les infirmières et le prix qu'elles en reçoivent, non seulement en salaires mais aussi en discrimination et minimisation des conditions dans lesquelles elles accomplissent leur travail.

Arrêter la multiplication des personnels sanitaires de tous ordres, formés au plus bas niveau et sous-payés, qui vient suppléer ou remplacer de façon anarchique les personnels infirmiers qualifiés. Les soins de santé primaires vont à l'encontre de leur but en Europe s'ils contribuent à développer des cohortes de personnels au rabais. Les administrateurs et les politiciens sont tout prêts à jouer cette carte, mais aussi de nombreuses infirmières qui se sentent disqualifiées, voire déshonorées, en insérant les soins d'entretien de la vie dans leur pratique.

Développer des formations appropriées, en apprenant à se distancer des formations à la santé publique à partir de définitions, de normes, de principes rationnels qu'au nom d'une profession on cherche à enseigner, inculquer en éduquant les gens. Il convient d'utiliser certaines normes comme des repères flexibles qui peuvent aider à comprendre des situations si elles n'enferment pas dans des catégories aliénantes, qui bloquent toute issue aux problèmes et à ceux qui les vivent. Ceci suppose aussi de se distancer d'une formation centrée sur les comportements, les attitudes à rectifier. Former à la santé publique comme aux soins de santé communautaire c'est concrètement s'interroger sur ce qui fait vivre, et ce qui fait mourir bien au-delà de l'intégrité biologique, c'est se rendre compte et

chercher avec les gens les conditions matérielles, mais aussi affectives, sociales et économiques indispensables pour qu'en fonction de leurs croyances et de leur culture ils développent leur possibilité de vivre.

Pour que ceci soit réalisable, la formation réclame de partir d'une approche bio-anthropologique et sociologique, que ce soit au niveau de la formation de base ou de la formation permanente⁹.

Elle réclame que les formateurs aient eux-mêmes réalisé cette approche à partir de situations de soins et d'action sanitaire.

Intéresser le grand public aux soins de santé primaires aussi bien par voix de presse, ou les médias audio-visuels, en montrant des réalisations, afin que le public réalise la différence entre l'exécution de traitements en tâches et l'action soignante qui accompagne, qui soutient des personnes malades ou en difficulté. L'intéressement du public favorise la reconnaissance de la valeur sociale et économique des soins qui tissent la vie quotidienne, et par là même du travail infirmier qui demeure ignoré et caché au regard de celui des médecins.

L'avenir des soins infirmiers, dont les soins de santé primaires, est entre les mains des infirmières/ers selon qu'elles sauront faire apparaître la face cachée de l'iceberg... Selon qu'elles sauront révéler tous ces soins d'une autre nature que les traitements médicaux : ces soins qui entourent la grossesse, entourent la naissance, revivifient les malades, accompagnent les mourants, car c'est là que se trouvent la raison d'être et l'art de notre profession, mais c'est à nous d'en faire reconnaître la fonction dont on ne saurait se passer, et d'en faire valoir les effets sociaux et économiques tant auprès des instances administratives et financières qu'auprès du public.

Notes

1. Il se crée partout une profusion de cours de 3 à 6 semaines de formation de formateurs en soins de santé primaires sans qu'aucune de ces personnes n'en ait jamais réalisés. Ces cours sont faits à partir de définitions, de listes d'indicateurs de santé à appliquer, accompagnées d'une profusion de textes au jargon complexe et théorique, pour se terminer par l'obtention d'un certificat de soins de santé primaires, sans que ces « formateurs » aient eu le moindre contact avec les gens dans leur milieu de vie, si ce n'est — lorsque cela se fait — par des enquêtes systématiques de « besoins ». Les populations sont soumises le plus souvent aux besoins des investigateurs sanitaires et sociaux de tous ordres.

2. Dans d'autres cas l'effet sera inverse, le conseil tombera comme une règle de conduite à ne pas suivre, car il ne s'enracine pas sur ce qui se passe, ce que la mère fait et sait.

3. C'est le propre même d'un savoir d'être utilisable.
4. Des centres de soins peuvent être rattachés à des Caisses de Sécurité sociale, à des mutuelles.
5. Il a été nécessaire de retrouver d'une façon pratique comment dégager les sécrétions nasales de l'enfant, l'utilisation de mouchettes, début du mouchage, etc.
6. Écrits légués par les sages-femmes comme Louise Bourgeois en France.
7. Dons de la vie des femmes consacrées, non-paiement du personnel subalterne, don d'argent des femmes privilégiées.
8. Mis à part quelques services de haute technologie où la technicité représente une nécessité vitale. Mais cette technicité est de toute façon à concilier avec les soins de stimulation et d'entretien de la vie. On l'a bien vu pour les dialyses rénales par exemple.
9. Il n'est pas possible ici de développer cette approche. Voir, ci-après, la bibliographie.

Bibliographie d'intérêt général

Livres

- Boltanski L., *Prime éducation et morale de classe*, Paris-La Haye, Mouton, 1969.
 Bourdieu P., *Homo Academicus*, Paris, Éd. de Minuit, 1984.
 Geremek B., *La Potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen-Âge à nos jours*, Paris, Gallimard, 1987.
 Goody J., *La Raison graphique, la domestication de la pensée sauvage*, Paris, Éd. de Minuit, 1986.

Bibliographie relative aux soins de santé primaires et soins de santé communautaires

Livres

- Belloncle G. et Fournier G., *Santé et développement en milieu rural africain*, Paris, Éditions Ouvrières, 1975.
 Lory B., *La Politique d'action sociale*, Paris, Privat, 1975.
 Meister A., *La Participation pour le développement*, Paris, Les Éditions Ouvrières, 1977, coll « Développement et Civilisation ».
 Martin J., *Pour la santé publique*, Lausanne, Réalités Sociales, 1987.
 Pohier M., *Notre santé, une école de vie*, Lyon, Chronique Sociale, 1992 (également une cassette vidéo du même titre).
 Salberg J.F. et Welsh-Bonnard S., *Action communautaire. Une introduction*, Paris, les Éditions Ouvrières 1970, coll. « Développement et Civilisation ».

Revues

- « Les Francs-tireurs de la médecine », *Revue Autrement*, sept. 1977.
 « Santé et milieu de vie », *Cahiers AMIEC*, n° 4, 1978.
 « La Prise en charge communautaire de la santé », *Revue Internationale d'Action Communautaire*, n° 1, 1979.

« De la connaissance des besoins aux activités de santé », *L'Enfant en Milieu Tropical*, n° 124, 1980.

« Évolution des centres de soins », *Laënnec*, juin 1980 (par P. Verspieren).

« La Santé à bras le corps », *Revue Autrement*, sept. 1980.

« Les Soins de santé primaires », *Nursing Québec*, vol. 4, n° 6, sept.-oct. 1984.

« Les Infirmières ouvrent la voie », *Symbiose*, n° 44, sept.-oct. 1985 (par M. Wahler).

« Les Soins de santé primaires et la santé communautaire », *The Canadian Nurse*, mars 1987, p. 28-32 (par S. Cloutier-Laffrey et G. Page).

« La Formation-action en santé publique », *La Revue Française de la Santé Publique*, n° 38, 3^e trim. 1987 (par M.-F. Collière).

« Formation-action aux soins de santé primaires d'une équipe de terrain de la région Nord », *La Revue Française de Santé Publique*, n° 39, 3^e trim. 1987 (par M. Pohier).

OMS, « Les Services infirmiers des collectivités » (community health nursing), *Rapport technique*, n° 558, OMS, Genève, 1974.

OMS/FISE, *Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement*, présenté par V. Djukanovic et E.P. Mach, Genève, 1975.

OMS, *Participation et santé*, sous la direction de Kenneth W. Newell, Genève, 1975.

OMS, « Les Soins de santé primaires », *Santé du Monde*, mai 1978.

OMS-Unicef, « Santé, le temps de la justice, les soins de santé primaires », OMS-Unicef, Genève, juin 1978.

OMS, « La Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires », *Chronique de l'OMS*, vol. 32, n° 11, nov. 1978, p. 439-462.

OMS, « Les Soins de santé primaires en Europe », OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague 1980.

OMS, « Les Femmes dispensatrices de soins de santé », *Chronique OMS*, vol. 37, n° 4, 1983, p. 139-144.

Morrow H., « Les Infirmières, la profession infirmière et les femmes », *Chronique OMS*, vol. 40, n° 6, 1986, p. 235-241.

Propos sur le développement du leadership infirmier en vue de la santé pour tous^{*}

La demande qui m'est faite, sollicitant mon expérience au sujet du leadership infirmier, interpelle ma réflexion.

Avant d'aborder les questions que vous me proposez, plusieurs points évoqués au cours de votre lettre attirent mon attention :

1. « On observe une certaine confusion au sujet de la notion de développement du leadership infirmier. »

2. « Le concept du développement du leadership infirmier pour la santé pour tous n'est pas encore suffisamment clair et précis pour que les

^{*} Cet écrit a été fait à la demande du siège mondial de l'OMS, demande exprimée en septembre 1988 par Amelia Mangay Maglacas¹ qui avait pour mission de préparer une réunion des centres collaborateurs de l'OMS, devant se tenir à Copenhague en août 1989, afin de promouvoir le développement du leadership infirmier comme moteur de « la santé pour tous » en l'an 2000. Cette orientation, amorcée dès 1974 (Genève, *Community health nursing*. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS n° 558), a été solennellement confirmée à Tokyo en 1986 sous l'impulsion du Dr Mahler, alors directeur de l'OMS, lors d'un séminaire qui réunit 30 experts de la profession infirmière et administrateurs².

Faisant suite au séminaire de Tokyo, la demande d'Amelia Maglacas avait pour but de chercher à préparer une stratégie globale de développement du leadership infirmier, et pour cela de franchir l'obstacle que montrait « une certaine confusion au sujet de la notion de développement du leadership », d'autant que « le concept du développement du leadership infirmier pour la santé pour tous n'était pas encore suffisamment clair et précis pour que les personnels infirmiers puissent l'appliquer facilement dans leur contexte professionnel ». Ces constatations étaient suivies d'une demande de témoignage direct se référant à l'expérience personnelle et de la proposition de répondre à quelques questions pouvant éclairer le sujet.

Dans un premier temps, le présent écrit commente les constatations évoquées par Amelia Maglacas au sujet du leadership infirmier (1-2-3-4), puis répond aux questions proposées en vue de la préparation de la réunion des centres collaborateurs.

personnels infirmiers puissent l'appliquer facilement dans leur contexte professionnel. »

3. « Peut-être avez-vous défini des concepts et principes généraux que nous pourrions utiliser pour mieux faire comprendre ce que signifie le leadership pour le développement sanitaire. »

4. « Quels sont les domaines ou aspects particuliers du développement du leadership au sujet desquels vous avez peut-être acquis une expérience ? »

Je me permettrai de me référer d'abord à chacun de ces points pour mieux situer l'orientation de mes réponses aux questions posées.

1. CONFUSION DE LA NOTION DE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP INFIRMIER

Il semble que notre questionnement serait de savoir où se situe la confusion qui rend difficile le développement du nursing infirmier : est-ce au niveau du leadership ? ou ne serait-ce pas plutôt au niveau du **contenu professionnel infirmier**, c'est-à-dire au niveau de l'apport spécifique de la prestation de la profession infirmière, à savoir **les soins infirmiers (care, not cure) ? Au sein d'un métier ou d'une profession, le leader est celui qui maîtrise le contenu de son travail ; ce sont les effets de son travail qui consacrent son leadership. Toute l'interrogation sur le leadership infirmier ne trouvera de possibilités d'élucidation que si le questionnement porte sur l'apport spécifique des soins infirmiers au développement de la santé des gens.**

2. « LE CONCEPT DU DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP INFIRMIER POUR LA SANTÉ POUR TOUS N'EST PAS ENCORE SUFFISAMMENT CLAIR ET PRÉCIS POUR QUE LES PERSONNELS INFIRMIERS PUISSENT L'APPLIQUER FACILEMENT DANS LEUR CONTEXTE PROFESSIONNEL »

Ce qui précède fait apparaître l'illusion de se focaliser sur le concept de « leadership » aux dépens d'une interrogation sur **la nature des soins prodigués par les infirmières et infirmiers à l'hôpital**, et davantage encore dans le **domaine extra-hospitalier** (hygiène maternelle et infan-

tile, santé scolaire, soins à domicile, soins et hygiène du travail), ceci en fonction des conditions d'existence des populations et du niveau de santé publique d'un pays.

Il importe de discerner et de faire apparaître l'apport irremplaçable

— **Des soins coutumiers et habituels, des soins quotidiens qui permettent de maintenir la vie des enfants, des personnes âgées, les soins d'accompagnement** autour des grands moments de la vie que sont la naissance et la mort ; ainsi que tous les **remèdes usuels reposant sur le savoir des gens** qu'il revient au personnel infirmier de continuer à développer, non à détruire par des instructions sommaires, qui très souvent condamnent des savoirs ancestraux sans chercher à les comprendre, ou se substituent à eux sans créer de liens de signification avec des procédés nouveaux, ou encore non assimilés (comme la vaccination). En un mot, **les soins de santé primaires**, s'ils veulent avoir un sens et être suivis d'effets, devraient être le prolongement des soins coutumiers en confortant les savoirs acquis des populations, en s'appuyant sur les moyens technologiques dont ils disposent, en introduisant une instruction complémentaire qui ne détruit pas les savoirs acquis, mais s'enracine sur ce que les gens font et connaissent déjà³.

— **Des soins de réparation**, c'est-à-dire **les traitements**, seuls « soins » (*cure*) qui devraient être délégués par les médecins, et de ce fait soumis à la prescription médicale.

Le leadership se construit sur le champ de compétence du métier que l'on exerce et dont, par le fait, on a l'initiative. Si un métier ou une profession ne peut pas faire apparaître un champ d'initiative qui lui est propre, qui relève directement de sa compétence, les personnes qui exercent ce métier ou cette profession ne peuvent prétendre à un leadership reconnu, et encore moins reconnu durablement. Même si quelques leaders se détachent, les effets de leur action ne connaîtront aucunement les incidences sociales, économiques et politiques qui devraient s'ensuivre, et pour beaucoup se heurteront à l'indifférence, au mépris, quand ce n'est pas à une hostilité farouche.

Le développement d'un leadership infirmier ne peut se limiter à une exhortation idéologique, si stimulante soit-elle. Tant qu'il n'y aura pas de distinction entre ce qui relève de l'exercice médical, qui pour le moment est délégué en tâches au personnel infirmier au titre d'un *auxiliarat médical* (même si certains pays n'osent utiliser ce terme et croient la profession infirmière autonome), et ce qui relève d'un discernement et d'une décision infirmière, on ne peut prétendre

développer un réel leadership infirmier, reconnu comme tel pour ses effets sociaux et économiques.

3. PEUT-ÊTRE AVEZ-VOUS DÉFINI DES CONCEPTS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX QUE NOUS POURRIONS UTILISER POUR MIEUX FAIRE COMPRENDRE CE QUE SIGNIFIE LE LEADERSHIP POUR LE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE ?

À cette question j'aimerais d'abord répondre par mon témoignage direct.

Je n'ai jamais cherché à être un leader. Non seulement cela, mais je n'avais rien qui laisse présumer que je puisse devenir un leader dans quelque domaine que ce soit. J'étais timide, peu à l'aise avec les autres et avec moi-même, ayant hérité culturellement de la grande soumission des petites filles à un idéal de comportement social, et de leur minoration vis-à-vis du devenir honorable auquel pouvaient prétendre les petits garçons. Par contre, j'ai été au carrefour de cultures différentes, à la croisée de modes de pensée issus de milieux sociaux diversifiés, ce qui m'a donné une grande curiosité de la vie et de la façon d'aborder les problèmes de vie, en partageant les émotions qu'ils suscitent, en apprenant de l'expérience, en dégagant des connaissances de cette expérience, en confrontant cette expérience aux écrits des penseurs dans différents domaines.

Avant d'accéder à la profession infirmière, je n'ai jamais eu l'occasion de m'intéresser en soi à la santé ; par contre, j'arrivais dans cette profession avec un bagage de connaissances de géographie, d'histoire, puis d'anthropologie qui m'a permis de déduire très facilement les effets des modes de vie, des conditions de vie, des niveaux de vie sur la santé des gens, quelqu'en soit le milieu. Je n'ai jamais appris à partir de concepts, mais j'ai appris à **conceptualiser à partir des différentes représentations que se font les gens de la santé et de la maladie en fonction de leur conditions d'existence**. C'est cela qui m'a fait opter pour développer une approche anthropologique⁴ et sociologique pour comprendre la diversité des phénomènes de santé et de maladie, en resituant leur évolution dans la durée de l'histoire.

C'est donc par le biais d'une approche de la santé et de la maladie vue à la lumière de l'anthropologie et de l'histoire, c'est-à-dire s'appuyant sur une vision pluridimensionnelle intégrant à la fois les représentations mythiques et symboliques de ce qui fait vivre (santé), et ce qui introduit des forces de mort (maladie), en comprenant les différents « outils »⁵, à

savoir les technologies utilisées pour survivre (lutter contre la faim, les intempéries), puis pour combattre la maladie ; et en comprenant également l'utilisation sociologique et économique de ces technologies par les corps professionnels et les institutions, que j'ai progressivement développé des orientations ouvrant à la profession infirmière des voies de leadership dans le domaine des soins infirmiers et de leur irremplaçable contribution au développement de la santé et à l'atténuation de la maladie.

4. QUELS SONT LES DOMAINES OU ASPECTS PARTICULIERS DU DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP AU SUJET DESQUELS VOUS AVEZ PEUT-ÊTRE ACQUIS UNE EXPÉRIENCE ?

Je crois pouvoir dire avoir acquis une expérience d'approche de santé publique se basant sur la lecture, le décryptage de cultures, c'est-à-dire de façons de vivre (*patterns of culture*) en fonction des moyens technologiques et économiques, mais aussi sans négliger les représentations symboliques issues de ces moyens, que ce soit dans des milieux ayant peu d'accès au développement, ou dans des milieux dits « développés », où la mythologie des technologies de pointe se substitue aux savoirs les plus élémentaires, où la non-prise en compte des phénomènes de peur, d'angoisse, la méconnaissance des **rites de passage** engendrent des conséquences préjudiciables. Ainsi, la méconnaissance de l'utilisation du tabac comme « rite de passage » chez les jeunes entraîne une éducation sanitaire tout à fait artificielle, excluant ou niant des phénomènes symboliques fondamentaux.

C'est en étudiant avec les personnels soignants des situations auxquelles ils étaient confrontés sur le terrain — situations abordées le plus souvent jusque-là au moyen de principes et de systématismes méthodologiques — que j'ai cherché à comprendre avec eux ce qui rendait leur travail difficile, et laissait si précaires les effets de ce travail, voire inutilisables. Le leadership que j'ai connu s'est développé comme une conséquence de ce travail fait avec les usagers des soins et les soignants. Ce leadership est né de l'enrichissement de la pratique soignante infirmière très médicalisée et fractionnée en tâches, en utilisant l'apport des dimensions de l'anthropologie et de l'histoire pour comprendre la diversité des dimensions à prendre en compte dans l'action sanitaire et dans les situations de soins.

Cette approche anthropo-socio-culturelle m'a aussi permis de percevoir les **pertes de savoirs fondamentaux dans le domaine des soins et de la santé**. J'ai pu me rendre compte comment des professionnels instruits de « principes scientifiques » diffusés et répandus par des manuels, sans qu'ils s'insèrent sur des savoirs d'expérience, contribuent à déstructurer, pour eux et pour les autres, des connaissances qui avaient leurs racines et leur raison d'être. De même que les nombreuses informations diffusées par l'instruction et les campagnes d'éducation sanitaire ne viennent pas pour autant construire ou développer de nouvelles connaissances. Il se passe comme un phénomène de « terre brûlée » où les techniciens professionnels répandent une instruction qu'ils n'ont pas eux-mêmes assimilée, communiquent des techniques de savoir-faire dissociées des représentations culturelles et de leurs symboles. Ceci rend les gens de plus en plus dépendants des personnels dits « de santé ». Ce phénomène de pertes de savoirs fondamentaux concernant la santé est apparu, puis s'est étendu, d'abord dans la société occidentale, pour se prolonger dans les pays en voie de développement. Un des moyens de s'en rendre compte est de constater la perte du savoir des mères (de quelque milieu que ce soit) pour ce qui touche aux suites de couches et soins à donner aux enfants : mères qui se réfèrent de plus en plus aux consultations médicales lorsque l'enfant est malade, sans avoir essayé de reconnaître les signes d'un mal susceptible de s'aggraver. Un des exemples dont nous avons pu nous apercevoir à partir de situations de soins à domicile est le grand nombre d'enfants entre 5 mois jusqu'à 20-30 mois faisant des otites à répétition, otites s'avérant être la suite de complications de poussées dentaires pour lesquelles les mères ont perdu tout savoir empirique. Leur réflexe est devenu d'amener l'enfant présentant déjà un sérieux mal d'oreille, avec une otite, à la consultation du pédiatre qui n'a plus qu'à prescrire des antibiotiques.

Cette approche anthropo-socio-culturelle et d'histoire a commencé à permettre de désenclaver les soins infirmiers de la seule influence médicale, et par là a abouti, de fait, à une reconnaissance de leadership, pas seulement interne au groupe professionnel, mais à une reconnaissance par des chercheurs des sciences humaines : le champ des soins infirmiers apparaissant comme un domaine pouvant apporter une contribution irremplaçable à la compréhension des phénomènes humains⁶. Savoir dégager des connaissances à partir du champ de compétence que représentent les soins nous fait reconnaître de personnes travaillant dans ces disciplines et nous permet de présenter nos travaux au même titre que les leurs à des

colloques d'anthropologie, à des séminaires d'histoire... C'est là une reconnaissance sociale effective⁷.

Après avoir témoigné de mon expérience, il me revient de répondre aux questions qui sont proposées, à savoir :

- Sur quelles préoccupations est axé votre travail de leadership ?
- Où rencontrez-vous les plus grandes difficultés ?
- Où obtenez-vous les meilleurs résultats ?
- Où se situent..., quels sont les obstacles au progrès ?
- Les difficultés concernent-elles principalement les systèmes ou les individus ?
- Avez-vous résolu certaines de ces difficultés ?

SUR QUELLES PRÉOCCUPATIONS EST AXÉ VOTRE TRAVAIL DE LEADERSHIP ?

Que ce soit avec les usagers des soins ou avec les équipes infirmières des services avec lesquelles je suis amenée à travailler, mon travail de leadership est axé autour de quelques préoccupations majeures que je résumerai ainsi :

— Apprendre à **écouter** et à **comprendre** les propos exprimés par les personnes, les familles, ou les groupes, ainsi que le personnel soignant, à partir de leur langage propre.

— Apprendre à **discerner les problèmes** qui se posent à elles **à partir de leurs préoccupations ou des difficultés qu'elles rencontrent**.

— Apprendre à **saisir la nature et la fréquence de problèmes** rencontrés à partir de situations individuelles se présentant dans un secteur donné.

— Apprendre à **utiliser leurs savoirs**, et les moyens dont elles disposent (moyens affectifs, sociaux, économiques).

— Apprendre à construire avec les personnes concernées des projets d'auto-éducation ou d'action participative qui partent de leurs constatations, en situant ces projets dans la **durée**.

— Apprendre à discerner les effets des soins ou de l'action sanitaire entreprise, à partir des constatations faites au départ.

— Apprendre à estimer l'action non seulement en coût financier, mais en **incidences financières**, c'est-à-dire à révéler dans la durée les effets financiers de l'action.

— Apprendre à **argumenter** auprès d'administrateurs, à **expliciter** l'action entreprise ainsi que les moyens utilisés pour sa mise en œuvre.

Pour cela, je m'appuie sur les connaissances acquises par les personnes (usagers et professionnels de la santé), connaissances venant de leur expérience (**je donne priorité à ces connaissances**), connaissances venant de savoirs empiriques transmis par le groupe. Je les amène à confronter ces connaissances à d'autres sources de savoirs, venant d'écrits — mais ceci toujours à partir du problème qui se pose. C'est l'interrogation née du problème qui donne envie d'aller vers des écrits, et d'apprendre à s'en servir.

La confrontation de connaissances écrites variées, puisées aux sources de la biologie, de l'anthropologie, de psycho-sociologie, de l'économie..., avec les savoirs acquis par leur expérience d'adulte dans la vie, leur permet, non d'appliquer des principes ou des théories stéréotypées, mais d'apprendre à construire leur pensée à partir d'une **compréhension des grands phénomènes de la vie** face à la nécessité de lutter contre ce qui entraîne la maladie et la mort. Pour cela, je m'appuie sur des connaissances aussi variées que celles concernant

— les faits culturels liés à l'espace social, proxémique...
au territoire → (cf. Edward Hall)

— les faits culturels concernant le temps (rythme, durée, fréquence)
(cf. Paul Fraisse et historiens)

— les phénomènes de stress de la vie → (cf. Hans Seyle)

— les rites de passages → (cf. Arnold Van Gennep) etc.

Je me situe en quelque sorte comme un **catalyseur** qui permet que se créent des liens de cohérence, des liens de significations, visant à faire apparaître ce qui pose problème à partir de la diversité des représentations, puis à en dégager des **savoirs utilisables de façon flexible dans des situations diverses**. C'est l'opposé d'un système à appliquer, ou du « prêt-à-penser ». C'est l'élaboration de la capacité de penser et de créer (comme l'ont fait Freynet, Paolo Freire). Cela requiert de saisir constamment ce que l'on observe, ou ce qui est évoqué pour le rendre opérant.

OÙ RENCONTREZ-VOUS LES PLUS GRANDES DIFFICULTÉS ?

J'attribue les plus grandes difficultés que je rencontre à :

— **La formation rigide** donnée aux infirmières, à la non-prise en compte de l'expérience personnelle et professionnelle, à la condamnation

des émotions et des sentiments, ou à leur mise en veilleuse, alors que les émotions et les sentiments sont indispensables à l'élaboration de savoirs.

— Le manque de culture générale, **l'instruction prodiguée de façon très scolaire**, sous forme répétitive, qui laisse l'intelligence sous-développée en distribuant du « prêt-à-penser ».

— La division du travail en tâches qui empêche de saisir la signification d'un ensemble, qui parcellise non seulement l'action, mais crée des structures mentales rigides ayant du mal à saisir et comprendre les liens reliant différents aspects d'une situation.

— La multiplication des strates de personnels, liée à ce qui précède.

— La compression de personnels qualifiés au profit d'un accroissement outreucidant de cadres administratifs.

— Le calcul de « l'efficacité économique » en coûts immédiats, vus dans « l'ici et maintenant » **sans tenir compte des incidences économiques**, à savoir des effets dans la durée.

— L'absence d'un temps de réflexion reconnu comme partie intégrante de l'action, en raison du long passé d'une **idéologie d'activisme**, où les auxiliaires médicales doivent toujours se montrer occupées par des séries d'actes-tâches.

OUÛ SE SITUENT, QUELS SONT LES OBSTACLES AU PROGRÈS ?

Les obstacles au progrès viennent d'abord :

— De la **méconnaissance socio-culturelle et économique** des situations. Il est indispensable de partir du niveau où en sont les gens. La formation donnée aux infirmières dans les hôpitaux et les directives médicales et administratives qu'elles reçoivent, ou ont reçu, rend le plus souvent inadéquat ce qui est proposé en éducation sanitaire ou inappropriées les technologies, ou inadaptés les médicaments, ou encore heurte de plein fouet des coutumes, des habitudes de vie, des croyances.

— Le manque de vue d'ensemble de situations de soins, le manque d'analyse à partir de moyens simples, en se servant des constatations et en dégagant des fréquences, afin de saisir ce qui pose problème qui le plus souvent est confondu avec les signes du problème, or **les signes du problème ne sont pas le problème**.

— La fâcheuse habitude distillée dans les lieux de formation donnée au personnel infirmier, d'avoir des batteries d'objectifs préétablis... de

continuer à envisager les actions de santé avec des tactiques analogues à celles de campagnes militaires.

— La division du travail en tâches, et la multiplication des catégories de personnels qu'elles suscitent, avec les rivalités de castes que cela entraîne, ainsi que des écarts d'échelle de salaire, extrêmement préjudiciables.

— La tutelle de la prescription médicale, y compris pour tout ce qui concerne la fonction propre des infirmières pour ce qui relève du discernement, de l'initiative et de la décision infirmière.

— Les intérêts économiques et politiques du marché (par exemple, marché des médicaments), d'organismes payeurs (ex. Sécurité sociale), ou des intérêts corporatifs qui selon les pays peuvent être extrêmement pesants, et rendre l'émergence d'un leadership infirmier très difficile, voire impossible... ou encore détruire les effets de son action lorsqu'ils commencent à apparaître.

LES DIFFICULTÉS CONCERNENT-ELLES PRINCIPALEMENT LES SYSTÈMES OU LES INDIVIDUS ?

Les difficultés concernent les individus qui eux-mêmes héritent des systèmes : systèmes institutionnels des écoles et des hôpitaux. En fait, on est là devant les méfaits de tout un ensemble d'événements culturels ayant profondément marqué l'histoire des mentalités, particulièrement depuis la désappropriation progressive par les prêtres, puis par les médecins, du savoir des femmes soignantes, et la mise en tutelle du corps infirmier soumis à être un auxiliaire médical.

L'instruction donnée à de nouveaux corps auxiliaires en vue des soins de santé primaires ne se greffe pas sur leurs savoirs, ne les prend pas en compte, souvent même détruit le savoir d'expérience, ce qui est au préjudice des personnes soignées et des soignants.

AVEZ-VOUS RÉSOLU CERTAINES DE CES DIFFICULTÉS ? OÙ OBTENEZ-VOUS LES MEILLEURS RÉSULTATS ?

Je crois avoir appris progressivement à résoudre certaines de ces difficultés, et avoir permis au cours de ma carrière à des infirmières venant en formation universitaire comme à des infirmières venant en formation per-

manente (Français, Africains ou Européens pour certains) à accéder puis développer un réel leadership infirmier.

— En utilisant et en leur apprenant **l'approche anthropologique et une lecture à la lumière de l'histoire** ; en leur permettant de comprendre les événements, les influences qui amènent à s'interroger sur les raisons des difficultés rencontrées aujourd'hui. La compréhension de l'histoire (non les historiques idéologiques) donne des éclairages insoupçonnés des situations.

— **En apprenant d'abord du savoir des gens.**

— En élargissant **l'utilisation de connaissance des grands phénomènes de la vie et de la mort** pour apprendre à décrypter des situations très diversifiées.

— En partant des **réalités du terrain** et des moyens des gens pour introduire progressivement d'autres moyens dont ils découvrent l'intérêt et dont ils comprennent l'utilisation.

— En permettant d'utiliser avec discernement des sources de connaissances écrites (non de façon livresque ou des supposées théories à appliquer), et d'élargir le champ de leur consultation.

— En élaborant avec les gens des projets concrets, qui soient **leurs projets**.

— En apprenant à **explicitier, justifier, argumenter ces projets** avec des administrateurs.

— En faisant apparaître non seulement les coûts, mais aussi les **incidences économiques** des réalisations.

— En apprenant à évaluer les effets des actions sanitaires à partir des constatations, des difficultés ou problèmes qui les motivent.

— En situant toute action dans le **temps**, dans la **durée**.

— Enfin, en publiant des écrits qui révèlent cette approche, la rende accessible à d'autres.

Les résultats obtenus ont été dans le domaine des soins à domicile de l'hygiène maternelle et infantile, ainsi que des réalisations dans des services hospitaliers venues du développement de cette forme de leadership par des infirmières qui s'en sont inspirées ; de même que les résultats obtenus dans le domaine des soins à domicile, et de l'hygiène maternelle et infantile n'ont pu apparaître qu'avec l'accès à cette forme de leadership par des infirmières du terrain qui ont appris à la découvrir et à l'utiliser.

Les résultats d'une approche de ce genre sont toujours localisés au départ, ce sont des microréalisations qui arrivent à émerger au niveau local, voire régional, y compris auprès d'administrateurs, mais qui ensuite

se heurtent à des orientations politiques et financières. On est là devant des problèmes analogues à ceux de la dette du Tiers-Monde, voire de l'option de développer des cultures commerciales exportables pour combler cette dette, aux dépens de cultures vivrières indispensables à une économie de première nécessité.

Voici quelques commentaires que je peux faire au sujet du leadership infirmier. C'est une question fort complexe que je situe prioritairement pour ma part au niveau **du contenu du leadership** (non du leadership en soi). C'est ce qu'offre un métier comme prestation, et les effets socio-économiques de cette prestation qui font émerger des leaders reconnus (non des leaders idéologiques ou auxquels on donne le statut de « leader »). Il appartient aux infirmières et infirmiers d'offrir au public un mode d'exercice professionnel qui offre un service de soins et d'action sanitaire qui soit d'une autre nature que celui d'un auxiliaire médical, et qui soit fondé sur la reconnaissance explicite du savoir des gens et des moyens dont ils disposent. L'approche anthropologique peut permettre cela, mais ses effets devront tenir compte des obstacles venus du passé infirmier et des intérêts politiques et économiques qui peuvent s'y opposer.

Notes

1. Dr Amelia Mangay Maglacas, infirmière originaire des Philippines, a été chef scientifique du domaine des soins infirmiers à la division du Développement des ressources humaines pour la santé de l'OMS, Genève, de 1975 à 1989.

2. Je me trouve avoir fait partie des experts ayant participé au séminaire mondial organisé à Genève en 1974 par les soins de Fernanda Alves Diniz (alors infirmière responsable du Département infirmier au siège mondial), séminaire qui confirmait l'intérêt des soins de santé primaires et des soins de santé communautaires (qui fut l'un des préambules d'Alma Ata) ainsi qu'au séminaire mondial de Tokyo en 1986 auquel je participais, faisant partie des 30 experts invités. C'est à ce titre que me fut adressée cette demande. Autorisation m'a été donnée par l'OMS de publier cet écrit.

3. Ceci est aussi vrai pour les personnes vivant dans des pays en voie de développement que pour celles vivant en Europe et dans la société occidentale : l'instruction ayant bien souvent totalement annihilé des savoirs élémentaires de soins, y compris dans les milieux sociaux dits privilégiés.

4. Par anthropologie chez les Anglo-Saxons, désignée aussi en France par ethnologie, il faut entendre cette science de l'homme fondée sur **une approche globale des faits culturels** dans leur dimension symbolique, sociologique, technologique, économique et politique. L'approche anthropologique a besoin de l'histoire pour situer ces faits dans la longue durée. Ces apports sont indispensables à la médecine positiviste héritée de la fin du XIX^e siècle, qui par assainissement « scientifique » les avaient exclus, au grand détriment

de conceptions très rigides de la santé et de la maladie qui continuent à s'imposer à la fin du XX^e siècle.

5. J'utilise « outil » au sens anthropologique de ce terme, tel que Leroi-Gourhan l'a précisé (*Évolution et techniques*), c'est-à-dire tout ce qui a été fabriqué par l'homme pour répondre à ses besoins, en sachant que les besoins se modifient et se complexifient au fur et à mesure de l'avancée des technologies.

6. C'est le cas de toute personne ayant pu faire apparaître des phénomènes engagés dans les situations de soins, phénomènes ayant des racines très profondes dont l'élargissement de connaissances permet d'en révéler la compréhension. Un exemple en est donné avec Elisabeth Kübler-Ross, dont le leadership a été reconnu par le fruit de ses travaux faits à partir de situations de soins aux mourants.

7. Je peux témoigner que des chercheurs en sciences humaines ont reconnu la spécificité et l'intérêt des travaux que j'ai faits dans le domaine des soins au même titre que ceux émanant d'autres disciplines.

L'avenir du soutien à domicile et son financement*

La complémentarité des actions Les soins dans le soutien à domicile

Parler de la complémentarité des actions soignantes dans le soutien à domicile en développant une idéologie de complémentarité entre les différents acteurs du soutien à domicile ne me sera pas possible. Une telle idéologie serait totalement illusoire et ne servirait qu'à masquer un ensemble de problèmes de fond : problèmes qui, en dépit d'efforts et d'initiatives individuels s'efforçant d'assurer — souvent à quel prix ! — un soutien à domicile réconfortant et stimulant, sous-tendent l'action soignante et continuent de l'entraver.

Si l'on considère que **soigner est par essence permettre à quelqu'un en difficulté physique et/ou psycho-affective de faire face à la vie quotidienne**, les soins sont le moteur du soutien à domicile, qu'ils soient le fait de l'entourage ou de l'équipe soignante.

Une telle affirmation suppose de s'interroger ou se réinterroger sur ce que fut la signification profonde des soins, puis d'en suivre l'évolution

* À l'occasion de sa 17^e Assemblée Générale se tenant à Lille, les 17 et 18 octobre 1985, l'Union nationale des associations de soins et services à domicile (UNASSAD) a organisé une journée d'étude autour du thème : « L'avenir du soutien à domicile et son financement ». En cette période où sont évoquées — souvent de façon anarchique et avec des finalités parfois des plus contradictoires — les perspectives de l'alternative à l'hospitalisation, l'UNASSAD a centré sa journée sur l'objectif réel du soutien à domicile, c'est-à-dire sur ce que représente pouvoir demeurer à domicile lorsque le vieillissement ou la maladie entravent les facultés nécessaires pour assurer la vie quotidienne. Si le soutien à domicile se doit d'être considéré autrement qu'une série de tâches atomisées et détachées d'un projet d'ensemble, il demeure une nécessité d'en poser tout à fait différemment la conception, les modes de réalisation et le financement. C'est pour répondre à cette perspective que Mme Claude Desaulnois, déléguée générale de l'UNASSAD, et M. Roger Gasseng, membre du Conseil d'Administration, m'ont sollicitée pour faire une intervention sur le thème évoqué ci-dessus, thème dont ils avaient arrêté le titre.

pour comprendre ce qui aujourd'hui favorise ou peut rendre difficile, voire illusoire la complémentarité des personnes engagées dans l'action soignante.

L'ORIGINE DES SOINS À DOMICILE

Soigner à domicile, c'est-à-dire **permettre à une personne malade ou vieillissante de continuer à mobiliser ses capacités ou de pouvoir compenser ce qu'elle ne peut plus faire par elle-même pour assurer sa vie quotidienne**, était accompli par le milieu familial au point d'être reconnu comme un **devoir familial**.

La famille, les voisins, les amis se relayaient auprès des malades en aidant parfois à administrer quelque traitement prescrit par le médecin.

Ceci perdura pour la majorité de la société française, en dépit de l'évolution de la médecine, jusqu'à la fin des années cinquante de ce ^{xx}^e siècle lorsque l'hôpital, au moins dans les grandes villes, se substitua au domicile pour devenir prioritairement le lieu d'accomplissement des deux grands événements de la vie : la naissance et la mort.

Toutefois, deux franges de la société avaient déjà connu par le passé la possibilité d'avoir recours à des soins à domicile suppléant ou remplaçant ceux prodigués par le milieu familial : ce furent au ^{xvii}^e siècle, celle des pauvres et des déshérités et, dès la fin du ^{xviii}^e siècle, celle des classes aisées¹. Les conceptions attachées à ces deux origines des soins à domicile marqueront de façon durable les formes d'organisation ou les tentatives d'institutionnalisation de services de soins à domicile jusqu'à ce qu'au cours du ^{xx}^e siècle se fassent de plus en plus pressante l'influence des conceptions issues de l'institution hospitalière.

Les premières offres des soins à domicile vinrent des **Ordres Religieux de Femmes**. Après l'essai des Clarisses, puis en 1610 des Visitandines², qui furent toutes deux impérativement rappelées à la clôture, saint Vincent de Paul et Louise de Marillac fondent les Filles de la Charité pour venir en aide aux miséreux. La forme canonique et juridique de leur ordre servira de modèle durant tout le ^{xix}^e siècle aux ordres locaux de religieuses (Filles de la Charité, Sœurs de Saint Charles, Sœurs de Saint Paul de Chartres, Sœurs de Saint Thomas de Villeneuve, Sœurs du très Saint Sauveur de Niederbronn...) qui implantèrent dans les quartiers populaires et dans les villages de la France rurale le dispensaire — école — ouvroir³ dont la mission était de venir en aide aux malades des

familles pauvres et déshéritées, de les préparer à la bonne mort, et par ailleurs d'éduquer les petites filles du peuple.

La seconde forme d'offre de soins à domicile est liée à la **classe bourgeoise privilégiée** qui cherche au cours du XIX^e siècle à se faire relayer de ses obligations en louant à la journée ou en séjour, les services de gardes en ville. Ces personnes, issues des classes populaires, et dont la renommée parfois peu recommandable défraye la chronique, deviennent les premières gardes-malades. Avec les débuts de la formation des infirmières, certaines écoles suscitent avant, puis après la première guerre mondiale la création de services de soins à domicile avec des gardes-malades, puis des infirmières qualifiées⁴. Mais leurs tentatives d'instaurer ces services **de façon durable** échouèrent pour un ensemble de raisons qu'il ne m'est pas possible de développer ici sans toutefois passer sous silence les plus fondamentales : l'hostilité des médecins⁵, et la nécessité de trouver un mode de financement approprié et autonome.

Pendant que la seconde tentative d'institutionnalisation d'un service de gardes-malades visiteuses ou d'assistance aux malades à domicile avorte, les dispensaires des communautés religieuses continuent d'assurer les soins aux malades défavorisés pendant toute la première moitié du XX^e siècle, sensiblement de la même façon, en retrait de l'influence hospitalière et du développement de sa technologie.

C'est alors qu'une nouvelle offre de prestation à domicile prit naissance après la découverte de la pénicilline⁶. Son apparition et les débuts de son utilisation au domicile des malades coïncidèrent avec le malaise d'infirmières hospitalières mariées, dont le nombre augmentait très sensiblement, qui n'arrivaient pas à concilier leur vie familiale avec les conditions de travail inchangées de l'hôpital. Elles trouvèrent un créneau d'exercice professionnel en saisissant la possibilité d'assurer les traitements continus de pénicilline à des malades soignés à domicile. **C'est de là que l'exercice libéral de la profession infirmière a pris son essor, exercice lié à la seule prescription médicale.**

Si j'ai fait cette brève rétrospective des débuts de l'institutionnalisation des soins à domicile, c'est pour faire apparaître la façon dont se modifiera la conception des soins lorsqu'ils ne seront plus exclusivement assurés par le milieu familial et l'entourage des proches.

Les soins que toute personne malade ou vieillissante recevait chez elle portaient de ses habitudes de vie, de ses croyances et s'inscrivaient dans le tissu de la vie quotidienne de la famille. Ils étaient prodigués non sous une forme d'aide, mais d'entraide, par solidarité mutuelle, n'entraînant aucunement des sentiments d'assistance ou d'une quelconque

dépendance. Or les différentes offres de soins évoqués, en suppléant ceux prodigués au sein de la famille, sont accompagnés de finalités diverses qui marqueront considérablement de leur influence la conception des soins à domicile. Trois offres, trois finalités engendrant trois conceptions différentes.

Ces conceptions reposent sur :

— La volonté pour les religieuses d'apporter à l'occasion des soins une aide spirituelle afin d'amener le malade à se convertir pour faire son salut et préparer le pécheur à la bonne mort. Ne s'adressant qu'à la frange sociale des exclus et des déshérités, ils reposent sur la gratuité alimentée par les bienfaits (dons — legs...) de la classe privilégiée.

— Le désir des femmes de la haute société de recevoir un service ancillaire pour les libérer de leurs obligations familiales et leur permettre de vaquer hors de chez elles à d'autres occupations dont la plupart, au XIX^e siècle, furent des œuvres de bienfaisance. Le service est rétribué (en nature, ou en espèces), mais le moins cher possible, au même titre que celui des domestiques de l'époque.

— À partir du milieu du XX^e siècle, l'offre de traitements de même nature que ceux donnés à l'hôpital, traitements qui, dépassant le champ des savoirs thérapeutiques du milieu familial, sont prescrits par le médecin. En empruntant la très familière dénomination de « soins », ces traitements seront à l'origine des premières nomenclatures d'*actes médicaux infirmiers* (AMI), auxquels s'ajouteront quelques tâches d'hygiène comme la toilette du malade. **Seule l'opération liée à la stricte administration du traitement ou à l'exécution d'une tâche d'hygiène prescrite sera prise en compte comme base financière de la prestation.**

En dépit des finalités fort différentes poursuivies par ces trois types d'offre de soins à domicile, peu de personnes étrangères à la famille franchissent le seuil du domicile pour y prodiguer des « soins ». Que ce soit la religieuse, la garde ou l'infirmière-auxiliaire du médecin, une seule personne est connue de la famille de façon privilégiée. Toutefois, il y a déjà fractionnement d'une vue d'ensemble de ce qui permet à quelqu'un de rester vivre chez soi. Sauf pour les familles de classes privilégiées, c'est la famille qui continue d'assurer le quotidien, c'est-à-dire tout ce qui, de fait, permet de rester à la maison tout en étant âgé ou malade.

À partir du milieu du XX^e siècle, c'est la conception héritée de l'institution hospitalière qui prévaudra pour orienter l'offre de service de soins à domicile. La valorisation de tout ce qui participe au traitement de la maladie, désignée de façon univoque par « soins » se fera aux dépens de tout cet ensemble de soins coutumiers et habituels qui stimulent les res-

sources de la personne ou lui permettent de compenser ou d'atténuer ses diminutions sensorielles, ses déficiences fonctionnelles, ainsi que tout ce qui apporte soutien et aide à la famille.

De l'organisation hospitalière, les soins à domicile héritent également de la division du travail en tâches, division instaurée à partir d'une hiérarchie des tâches dont les plus valorisées sont toutes celles liées aux examens d'investigation et aux traitements de la maladie, et les plus dévalorisées, voire méprisées, sont celles devant assurer l'ensemble des soins indispensables à toute personne pour pouvoir continuer à vivre. La hiérarchie des tâches entraîne à l'hôpital la création du corps des aides-soignantes en 1956, tandis que l'impérieuse nécessité d'assurer des soins ménagers et personnels (soins d'entretien de la vie) à des personnes âgées défavorisées, soins non prodigués par l'exercice libéral infirmier, donne naissance en 1954 aux premiers services d'aides-ménagères.

Les aides-ménagères sont porteuses d'une action soignante par excellence. Très proches des gens, elles utilisent le savoir de leur expérience d'adulte, ce qui fait rapprocher leur action de l'entraide connue par les familles autrefois. Peu « formées » a-t-on dit, elles sont aussi peu déformées par les formations souvent rigides et institutionnalisantes. Mais comme le plus souvent dans le domaine de ce qui est indispensable à la vie, leur action soignante demeure assez méconnue, ce qui se traduit par une précarité de la reconnaissance sociale et économique de leur travail, si ce n'est sous forme de louange idéologique.

LE MOUVEMENT DES CENTRES DE SOINS

Avec le Mouvement des centres de soins amorcé à partir des années 1965-1970 au sein des dispensaires congréganistes⁷ auxquels s'associeront les usagers, puis quelques infirmières libérales, on assiste **au réveil d'une nécessité de retrouver le sens des soins**, cherchant à ce que les soins à domicile ne se limitent plus à la simple exécution de traitements et à l'accomplissement de tâches ménagères isolées. Des groupes de réflexion s'instaurent entre usagers des soins et professionnelles pour chercher comment offrir des soins qui prennent en compte tout ce qui contribue à favoriser, soulager la vie quotidienne d'un malade, d'une personne âgée, au sein de sa famille ou isolé, en fonction de ses incapacités ou de diminutions fonctionnelles créées par la maladie ou le vieillissement, mais aussi en voyant comment **mobiliser son désir de vivre** à partir des capacités qu'il garde, des possibilités du milieu familial, du logement, etc.

Cette vue d'ensemble de tout ce qui contribue à maintenir quelqu'un à son domicile sert de base à **l'élaboration avec le malade et sa famille d'un projet de soins individualisé**, animé d'une finalité qui mobilise le milieu familial et l'équipe soignante. L'élucidation de projets de soins réclame tout un travail d'équipe et de concertation entre infirmières et aides-ménagères en relation avec le médecin de famille, le kinésithérapeute, et pour certaines situations avec tout autre personnel sanitaire ou social.

Le 22 avril 1977, la parution du décret sur les centres de soins donnait à ces centres un statut reconnu. De 1965 à 1980, s'est opéré dans toutes les régions de France, au sein du Mouvement des centres de soins, un travail de réflexion accompagné de nombreuses réalisations en vue de décroquer l'action soignante à domicile. Cherchant à éviter toute ségrégation d'âge entre malades et personnes âgées, de genre de maladies ou de handicaps, le personnel soignant et les usagers des soins s'efforcent de trouver la conciliation entre les soins qui mobilisent toutes les ressources de la personne et de son entourage, et les traitements agissant sur la maladie ou les déficiences, en considérant les interférences entre vie familiale, vie sociale, logement et maladie.

Ce Mouvement s'est heurté dès ses débuts à plusieurs obstacles majeurs dont il n'est possible ici que d'évoquer quelques-uns :

— La difficulté pour le personnel soignant habitué à travailler à partir de tâches prescrites de maîtriser une analyse des capacités des malades et de leur famille pour faire face à la maladie et au vieillissement, ceci afin d'aboutir à un **projet de soins** qui se différencie d'une série d'actes routiniers isolés engendrant la passivité des malades et le désintérêt progressif des soignants.

— La difficulté de trouver une écoute, voire un intérêt auprès des médecins afin de clarifier des projets de soins et, en lien avec eux, de les expliciter auprès des organismes financeurs.

— Le mode de remboursement à l'acte favorisant prioritairement le traitement aux dépens du soutien à domicile, depuis l'ordonnance du 4 octobre 1945, la quasi-totalité de l'assurance maladie n'a servi qu'à financer l'exploration et le traitement de la maladie, **non à prendre en compte ce qui est indispensable au malade et à son entourage pour faire face à la vie quotidienne**.

— La méconnaissance du public sur ce que l'on peut attendre d'autre d'un service de soins à domicile qu'un fractionnement de tâches isolées centrées prioritairement sur des traitements et secondairement sur des toilettes, comme si la toilette représentait l'unique activité vitale à assurer ou

compenser — souvent de façon totalement arbitraire — dans le soutien à domicile.

Toutefois, le travail de réflexion des centres de soins s'efforçant de faire apparaître des projets de soins pour les grands malades ou les personnes âgées très dépendantes réclamant des soins longs a été à l'origine des Plans d'action prioritaires PAP 15⁸. C'était le début d'un financement au forfait pour les soins à domicile⁹ qui à cette époque laissait présumer favorablement, malgré la pesanteur administrative, de possibilités d'évolution de la conception et du financement des soins à domicile tant pour les malades que pour les personnes âgées.

C'est alors qu'arrive **le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif à la réglementation des soins à domicile aux personnes âgées**. Tout en se proposant d'encourager le développement du maintien à domicile des personnes âgées, ce décret balaye et même annihile plusieurs années d'efforts d'un grand nombre de services de soins à domicile existants. On assiste au démantèlement d'une offre de soins à domicile cohérente et unifiée autour de projets de soins concernant toutes les strates d'âge de la population.

Ce démantèlement s'opère :

— **En détachant le service de maintien à domicile des personnes âgées du reste des services de soins à domicile** en créant une forme institutionnelle spécifique pour ce service, ce qui opère une ségrégation entre le service des soins aux malades et celui des personnes âgées.

— **En introduisant au sein des services de maintien à domicile une des strates du personnel hospitalier** : les aides-soignantes **qui viennent se surajouter au personnel apportant déjà son concours au domicile**, les aides-ménagères et les travailleuses familiales, alors même que s'amorçaient entre ces deux corps certaines tentatives de regroupement.

— **En excluant les aides-ménagères de la prise en charge forfaitaire des soins** pour leur substituer les aides-soignantes au lieu de reconnaître toute l'action soignante dont elles ont pu faire bénéficier les personnes âgées depuis 1954.

— **En ne retenant le forfait que pour le maintien à domicile des personnes âgées**, à l'exclusion de toute autre nécessité de maintien à domicile pour les grands malades, les handicapés n'ayant pas atteint 60 ans et réclamant des soins longs.

— **En accordant le forfait dans le cadre d'une fourchette** tellement étroite que les personnes âgées encore suffisamment autonomes en sont exclues, même lorsqu'elles auraient besoin d'un soutien pour ne pas franchir le seuil de la dépendance, tandis que celles qui sont trop dépendantes

se voient également exclues, et que celles qui peuvent y prétendre risquent vite d'en sortir si l'action soignante leur permet de recouvrer une fragile autonomie, elles doivent alors recourir à un autre service. Le souci de maintenir quelqu'un dans la frange exiguë du forfait ne peut que favoriser le risque de soins sériels passifs qui ne remobilisent en rien les capacités de la personne âgée et de son entourage.

— **En contribuant à favoriser l'éclosion de nouvelles strates de personnels** visant à combler les zones non couvertes par une offre de service de soins à domicile fragmentée et parcellisée. Ainsi voit-on éclore les auxiliaires de vie, les auxiliaires de gériatrie, les visiteuses de malades à domicile¹⁰ et même resurgir les gardes-malades **non qualifiées** près d'un siècle après l'opposition médicale et administrative à l'instauration de services de gardes-malades professionnelles qualifiées¹¹.

Les conséquences sont au détriment tant des malades, des personnes âgées, de leur famille que des soignants, car ce démantèlement et cette multiplication des personnels a pour effet :

— De disperser les familles non seulement entre des services, mais au sein même des services entre une multitude d'intervenants à spécificité très limitée.

— D'accentuer les risques de désorientation des personnes âgées.

— D'envahir le domicile d'un trop grand nombre d'intervenants fonctionnant à la tâche et risquant de menacer le champ de vie privée des familles.

— D'empêcher ou de faire éclater tout projet de soins basé sur une vue d'ensemble de la situation, établi avec la famille et les intervenants concernés, ceci en dépit de toutes sortes de tentatives individuelles pour assurer une action cohérente, tentatives se heurtant aux horaires de personnels multiples, au chevauchement des tâches, aux conflits engendrés par la hiérarchie des strates professionnelles. La complémentarité, lorsqu'elle se fait, ne peut prétendre bien souvent qu'à une addition de tâches éclatées.

— D'enfermer rapidement les soignants dans une action routinière lorsque les élans de l'enthousiasme et des idéologies sont retombés, ceci d'autant plus qu'est exclu du forfait — comme de la nomenclature — tout le temps passé à la **concertation**, ou même le temps de simple **liaison** entre différents acteurs sociaux, sans parler de la non-reconnaissance d'un temps de **réflexion** financièrement agréé indispensable aux soignants pour se ressourcer et offrir des soins vivifiants.

Si l'on n'envisage pas tous ces faits extrêmement résumés **ici, il est tout à fait illusoire de prétendre au soutien à domicile**, en tous les cas

de façon durable, et de prétendre parler de complémentarité d'action soignante, car il ne s'agit même plus d'une offre de soins valable puisqu'elle se fait au détriment des usagers des soins et engendre l'épuisement des soignants¹².

ENVISAGER UNE ACTION SOIGNANTE AUJOURD'HUI

Envisager aujourd'hui une action soignante qui assure réellement **le soutien à domicile aussi bien pour les personnes âgées que pour les malades ou handicapés** exige de prendre en considération l'ensemble de ces facteurs. Ceci stipule de :

— **Retrouver le sens originel des soins** qui ont pour finalité première de remobiliser toutes les possibilités de vie de quelqu'un en lien avec son entourage pour faire face à la vie quotidienne, soins qui peuvent être complétés ou non par des traitements, mais **ce sont les soins d'entretien de la vie qui sont l'assise du soutien à domicile**.

— **Poser avec le malade et/ou avec sa famille les bases de l'action soignante en vue d'élaborer un projet de soins**, comme cela se passe dans les pays nordiques où le médecin et l'infirmière posent ensemble les bases du projet avec la famille, dès le début de la prise en charge ; le médecin prescrivant par rapport à la maladie et l'infirmière faisant l'analyse des conséquences de la maladie sur les activités quotidiennes en lien avec les perturbations fonctionnelles et affectives engendrées par la maladie.

— **Apprendre à construire un projet de soins** non de façon linéaire et statique comme c'est le cas de plans de soins réalisés avec des outils sériels systématisés mais en faisant apparaître les interrelations existantes entre le dysfonctionnement apporté par le vieillissement ou la maladie avec ce que l'on connaît de la personne en fonction de son âge, de ses habitudes de vie, de son entourage social et de son logement. C'est situer le projet dans une durée en envisageant qu'il puisse se modifier en fonction des capacités retrouvées ou plus gravement altérées.

— **Faire du projet de soins la base d'un contrat individuel de financement** avec les organismes payeurs (Sécurité sociale, mutuelles...), ce contrat tenant compte de la gravité du dysfonctionnement à compenser et de l'entourage. De même que les traitements sont prescrits et remboursés individuellement, on ne voit pas pourquoi le financement du projet de soins ne se fait pas à partir d'un contrat individuel. Ceci éviterait beaucoup d'utilisations abusives ou totalement inefficaces de prises en charge

remboursées sur la base d'un forfait-type insuffisant ou surélevé par rapport à l'action soignante réalisée.

— **Se servir du projet de soins comme fil conducteur de l'évaluation de l'action soignante** en fonction d'une durée déterminée. Ce sont les constatations ayant servi de base à l'élaboration du projet qui sont indicatrices de l'amélioration ou de l'aggravation de la personne âgée ou malade et des modifications à apporter à l'action soignante.

— **Réenvisager la fonction de coordinatrice** des soins et du maintien à domicile qui ne devrait en rien se substituer à celle des soignants au niveau de l'élaboration de projets de soins, mais favoriser la réflexion du personnel, coordonner son action en vue de promouvoir l'action soignante et de développer le service avec la participation des usagers.

— **Instaurer pour le personnel soignant un temps de réflexion indispensable** à l'élaboration et à l'enrichissement de son travail, et un temps de concertation dont le financement est à inclure dans le contrat individuel de la même façon qu'une consultation médicale est remboursée sur la base d'un temps d'écoute, d'un temps de discernement et d'un temps de prescription.

— **Arrêter la multiplication des personnels sanitaires** venant suppléer de façon anarchique l'insuffisance de personnels qualifiés, ou déjà reconnus comme l'étaient les aides-ménagères, en masquant les failles de l'incohérence de l'action soignante.

— **Chercher non seulement à décroïsonner les strates de personnels sanitaires** proches dans leur activité, mais **à favoriser leur regroupement** afin d'éviter le morcellement de l'action soignante et le désintérêt des soignants. En ce sens il est urgent de ne constituer qu'un seul corps d'aide à domicile ayant à la fois des fonctions d'aide-ménagère et d'aide-soignante.

— **Constituer un seul service de soins à domicile** s'adressant à toutes les strates d'âge de la population, quels que soient la maladie ou le handicap.

— **Intéresser le public aux soins à domicile** afin :

- qu'il réalise la différence entre l'exécution de traitement et de tâches d'hygiène incoordonnées avec celle d'action soignante qui accompagne, qui soutient la personne malade ou âgée, et son entourage ;

- qu'il reconnaisse la valeur sociale et économique de tous les soins qui tissent la vie quotidienne qui demeurent ignorés et cachés, voire méprisés et même objet de honte, ce qui a pour effet de disqualifier le travail des soignants qualifiés ;

- qu'il comprenne la charge affective des soins sur les soignants.

La complémentarité de l'action soignante est à ce prix.

L'avenir du soutien à domicile est l'objet d'un enjeu social, économique et politique. On peut juger une société sur la conception des soins qu'elle a et sur sa façon de les prodiguer et de les reconnaître. Soigner à domicile ne saurait être réduit à un travail ancillaire de distribution de tâches domestiques accomplies par une multiplicité de strates professionnelles dans la disparité des institutions. Le véritable enjeu du soutien à domicile est de concevoir et d'offrir une action soignante vivifiante tant pour les usagers des soins que pour les soignants dont les pouvoirs administratifs et financiers ainsi que le public reconnaissent la valeur sociale et économique, en raison de l'exigence de compétence et de connaissances que cela requiert.

Notes

1. Il est intéressant de constater que cela se passe au même moment où les femmes des classes aisées confient leurs enfants aux nourrices pour les élever.
2. Le terme même de *Visitandine* annonce celui d'infirmière visiteuse. Elles avaient été conçues par saint François de Sales et sainte Jeanne de Chantal pour être les dames visiteuses de l'époque.
3. Voir à ce sujet J. Léonard, « Les Médecins et les soignants. Femmes, religion et médecins », *Annales*, septembre-octobre 1977, p. 900.
4. Service de Gardes-Malades Visiteuses instauré à Bordeaux le 7 mai 1908, à l'instigation du Dr Anna Hamilton — L'école et le service d'Assistance aux malades de la rue Amyot — Création de la Commission des gardes en ville par l'ANIDEF (« *Infirmière Française*, 1927, p. 103).
5. Voir à ce sujet les comptes rendus du Congrès de l'Assistance Publique et de la Bienfaisance, juillet 1911, *La Garde-malade hospitalière*, juin 1911, p. 97-108, oct. 1911, p. 173-180. Pour avoir une vue d'ensemble des questions soulevées par la mise en place de services de soins à domicile. Voir M.-F. Collière, « Les Soins à domicile : du pain aux pauvres honteux... à la pénicilline », *Cahiers de l'AMIEC*, n° 10, 1988, particulièrement p. 211-223.
6. Je dois à Michèle Guyon, infirmière de soins à domicile et animatrice de formation de soins à domicile, d'avoir attiré mon attention sur cet aspect fondamental.
7. Michèle Barrot, responsable à la REPSA de 1972 à 1978, fut l'une des grandes instigatrices du Mouvement des Centres de Soins à domicile, avec Jean-Claude Albarracin, président du centre de soins d'Angers, et premier président de l'Union Nationale des Centres de Soins (UNACS).
8. Circulaire ministérielle du 20 mars 1978 intéressant les organismes menant des actions de maintien à domicile.
9. Ce forfait est à distinguer de celui de l'hospitalisation à domicile. Il a d'abord été accordé localement par les Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) à partir d'analyses de situations justifiant les soins.
10. Tous ces nouveaux corps se constituant autour de tâches de soutien à domicile arrivent dans le champ de l'action sociale sans qualification et viennent se surajouter à ceux qui

existent déjà. En se professionnalisant ils engendreront un accroissement de la fragmentation de l'action soignante au domicile.

11. *La Garde-malade hospitalière*, oct. 1911.

12. Il est illusoire de penser qu'il est possible de maintenir un intérêt au soutien à domicile dans un fractionnement des tâches. Même dans le secteur de l'industrie ceci a été compris, alors que l'on continue d'entretenir la parcellisation de l'action soignante, ce qui entraîne la lassitude et la routine et favorise la lutte entre strates professionnelles

Penser et mettre en œuvre aujourd'hui les soins à domicile de demain*

Lorsque j'ai été sollicitée pour prendre part à cette journée, il m'a été demandé de parler de l'avenir des soins à domicile aux personnes âgées. J'ai fait remarquer mon incompetence pour parler de cet avenir. Non qu'il ne faille s'en préoccuper, bien évidemment ; mais comme cela arrive fréquemment en matière de *soins* — *c'est-à-dire ce qui contribue à assurer, maintenir et développer la possibilité de vivre* —, le manque, ou la précarité d'analyse et d'élucidation des problèmes présents en lien avec le passé, amène souvent à recourir à des projections idéales dans l'avenir : les soignants devant s'affronter aux problèmes quotidiens peuvent être poussés à y trouver un refuge pour échapper aux difficultés du présent. Aussi me paraît-il indispensable *d'avoir une vision des soins dans la longue durée* afin de percevoir les liens de continuité entre le passé présent et futur.

LES SOINS À DOMICILE D'HIER À AUJOURD'HUI

Il n'est pas inopportun de rappeler très brièvement l'héritage culturel et économique des soins à domicile pour en comprendre les effets sur ce qui se passe aujourd'hui.

* Conférence donnée à l'invitation du Dr Simeone, médecin-chef du Centre de Gériatrie et des Institutions Universitaires de Gériatrie de Genève, qui avait organisé le 23 septembre 1987 une journée sur le thème : « Le maintien à domicile : quel avenir ? », en requérant les points de vue d'économiste, démographe, sociologue, infirmière, médecins.

Jusqu'à la fin des années cinquante de ce xx^e siècle, les soins à domicile sont prodigués pour la grande majorité de la population par la famille, les voisins, les proches, qui se relaient auprès des malades, des personnes âgées et des mourants pour assurer tout ce qui est nécessaire à leur vie quotidienne, auquel s'ajoute parfois la nécessité d'administrer quelque traitement prescrit par le médecin. Sauf exception, ceci est assuré par les femmes qui en donnant naissance donnent la mort, aussi prodiguent-elles les soins autour de tout ce qui précède et entoure ces deux grands moments de la vie.

Deux exceptions vont déroger à ce passé plusieurs fois millénaire, et toujours actuel dans la plus grande partie du monde.

Une offre de *soins au domicile des pauvres et indigents* venant de veuves, puis d'ordres religieux de femmes, créés par l'Église à cet effet. Avec elles, les soins conférés au domicile des miséreux changent de nature. *Ils se distancient du corps pour privilégier l'aide spirituelle* afin d'amener le malade à se convertir pour faire son salut et le préparer à la bonne mort. La création de ces soins pour les déshérités fait entrer pour la première fois *les soins à domicile dans un processus d'institutionnalisation* rendant les malades et leurs familles dépendants de la conception et de la visée que se propose l'institution en offrant des soins ; mais aussi, faisant passer les soins de l'économie de subsistance fondée sur l'échange et la réciprocité, aux fluctuations d'une économie de marché, dont les soins sont tributaires, par prélèvements infimes sur l'excès d'abondance redistribué au nom de la charité sous forme de dons et de legs, tout en laissant à l'oblativité le prix du travail des femmes consacrées.

La seconde forme d'offre de *soins à domicile est liée à la classe bourgeoise privilégiée* qui cherche au cours du xix^e siècle à se faire relayer de ses obligations en louant à la journée ou en séjour les services de gardes en ville. Tandis que ces femmes confient l'élevage de leurs enfants à des nourrices et les soins aux malades et personnes âgées de leur famille à des garde-malades, elles deviennent les fondatrices ou les bienfaitrices des œuvres de l'enfance, ou des services d'assistance aux malades. Mais s'être dégagé de tout ce que représentent ces soins dans la vie quotidienne ne leur permet plus d'en tirer un savoir. Aussi valoriseront-elles l'idéologie des soins et surtout de ce que doit être *la garde*, plus tard *l'infirmière*, aux dépens de la connaissance de ce que représente maintenir quelqu'un à domicile. En dépit des *mercenaires*¹ qui osent réclamer un paiement pour leur travail, *ce que représente soigner au quotidien restera considéré comme ancillaire*, donc rétribué au plus bas prix — que ce soit en nature ou en espèces. *Le mépris des soins au corps* développé par les gens

instruits de l'écriture, sous l'influence de la pensée platonicienne et la doctrine de l'Église, *a largement contribué à cet état de fait*. L'institutionnalisation d'un service payant à domicile se fera très diversement et avec difficulté². Les conceptions et la gestion des services qui verront le jour seront laissées à la libre entreprise de leurs fondatrices/eurs, de leurs œuvres ou des institutions de rattachement.

Entre ces deux créneaux, *l'apparition de la pénicilline* après la deuxième guerre mondiale instaurera une nouvelle voie pour concevoir et gérer les soins à domicile. Avec la pénicilline, et à sa suite, les traitements pouvant être appliqués au domicile des malades prendront le pas sur les soins. L'attribution d'une valeur monétaire précise au traitement, à l'acte, constituera la base financière d'un système de paiement. Comme à l'hôpital, c'est *la maladie qui devient l'objet premier de la prestation à domicile*, laissant à la discrétion de la morale professionnelle et de l'idéologie tout ce qui relève à proprement parler des soins dont le mode de paiement ne relevant pas d'une estimation économique reste très aléatoire. La valorisation de tout ce qui participe au traitement de la maladie désigné de façon équivoque par « soins » se fera aux dépens de tout cet ensemble de soins coutumiers et habituels qui stimulent les ressources de la personne malade, ou âgée, en lui permettant de compenser ou d'atténuer ses diminutions sensorielles, ses atteintes fonctionnelles, ainsi que tout ce qui apporte soutien et aide à la famille.

À la suite de la pénicilline, c'est la conception hospitalière privilégiant *la maladie qui donnera un ancrage à l'institutionnalisation des services de soins à domicile*, désignant tout ce qui contribue à assurer et maintenir la vie quotidienne des malades et des personnes âgées comme tâches subalternes.

Si je me suis attachée à faire apparaître cette analyse dans la longue durée, c'est qu'elle est révélatrice de la dérive à laquelle ont été soumis les services infirmiers de soins à domicile, au point d'engendrer la préoccupation d'aujourd'hui : « le maintien à domicile des personnes âgées », comme de tout malade à domicile, car il est illusoire d'isoler le maintien à domicile des personnes âgées de celui de toute personne malade ou handicapée à domicile.

La question qui se pose donc pour le devenir des soins infirmiers est : vont-ils demeurer centrés sur tout ce qui relève des traitements, ce qui aujourd'hui représente plus de 60 % de la base de leur activité et de leur mode de financement ? ou *reconnaîtra-t-on une valeur sociale et économique à l'ensemble de ces soins qui participent au maintien à domicile des personnes âgées, comme des malades et des handicapés, afin d'opérer*

un renversement qui rende aux soins leur valeur première et fondamentale, ce qui veut dire reconnaître le travail des soignant(e)s qui les prodiguent ?

PENSER AUJOURD'HUI LES SOINS INFIRMIERS QUI PARTICIPENT AU MAINTIEN À DOMICILE

Nous préparerons aujourd'hui les soins à domicile de demain en fonction de la lucidité que nous apporterons à appréhender et comprendre :

- quelles sont les personnes âgées susceptibles d'être aidées par un maintien à domicile et quels genres de problèmes se posent à elles ;
- comment les soins peuvent suppléer à certains de ces problèmes et permettre le maintien à domicile ;
- les incidences pour les familles et les soignantes/s des services de soins ;
- les conséquences économiques ;
- la nécessité d'intéresser le public à l'apport des soins.

CONNAÎTRE LES PERSONNES ÂGÉES POUVANT REQUÉRIR UN MAINTIEN À DOMICILE, POUR COMPRENDRE LES PROBLÈMES QUI SE POSENT À ELLES

Les soins à domicile ne peuvent se faire sans rencontres individuelles qui amènent à connaître différentes personnes âgées, mais il importe d'établir une *représentation démographique locale des personnes âgées* pouvant se situer sur un secteur de soins à domicile rural ou urbain, afin de *dégager les dominantes de sexe et d'âge* pour tenir compte de la nature de l'aide à apporter en fonction de telle période d'âge, et connaître la proportion des personnes âgées ayant un âge avancé (plus de 80 ans) afin de prévoir l'augmentation du temps qui sera à leur consacrer pour les maintenir à domicile au fur et à mesure de l'accroissement du vieillissement de la population.

Rapprocher cette représentation démographique des personnes âgées des *facteurs d'isolement* interférant sur le maintien ou non des activités indispensables à la vie : proximité ou non de commerces, possibilités de s'y rendre : facilités ou non offertes par l'habitat ; mais aussi *réseau de relation affective* en fonction de l'entourage existant ou non (famille, voi-

sins) ainsi que la nature des relations entretenues : des enfants ou des proches pouvant être près, mais avoir des sentiments d'indifférence, d'hostilité, ou de trop grand intéressement — entre autres aux biens.

Découvrir les influences culturelles ayant tissé des habitudes de vie, suscitant traditions et croyances, dans un milieu donné, en se gardant d'interprétations hâtives, mais en cherchant à comprendre la signification qu'elles revêtent pour telle ou telle personne âgée. Ainsi la religion peut être vécue comme aidante, ou terrorisante, aux approches de la mort, selon la façon dont elle a été transmise dans le milieu familial, ou au catéchisme.

C'est dans le domaine des *modes de vie* qu'il faut se préparer à de grands changements dans les années à venir par rapport à la capacité d'autonomie des personnes âgées. Un grand nombre de personnes âgées aujourd'hui ont connu des conditions rudes d'existence et de travail pour faire face à la vie de tous les jours. Elles ont été habituées à l'effort et à surmonter bien des difficultés. Les personnes âgées de demain risquent d'être beaucoup plus tributaires des services de santé comme des services administratifs de protection sociale. En un mot, elles auront été beaucoup plus « prises en charge » par une médicalisation de toutes les grandes étapes de la vie de la naissance à la mort, et un recours fréquent aux institutions suppléant la famille, aussi est-il à craindre qu'elles soient beaucoup plus dépendantes biologiquement et socialement. On peut déjà constater la pharmacodépendance bien avant les âges avancés de la vie, ainsi que le désarroi et le manque d'initiative dans des situations relativement simples tant on a prôné le recours à des « professionnels » et à des institutions. L'analyse faite par Michel Foucault sur le « Droit de mort et pouvoir sur la vie » acquis par la médecine, peut alimenter notre réflexion sur ce sujet³.

***SUPPLÉER AUX PROBLÈMES QUI SE POSENT
AUX PERSONNES ÂGÉES EN RETROUVANT LE SENS
ORIGINEL DES SOINS DONT LA FINALITÉ PREMIÈRE
EST DE CONTINUER À STIMULER ET MOBILISER
TOUT CE QUI RESTE DE CAPACITÉS DE VIE***

C'est ce qui requiert le plus de temps, de disponibilité émotionnelle et de réflexion, ce qui engage un ensemble de savoirs, d'expérience et de connaissances. Les traitements ne peuvent apporter qu'une suppléance

biologique à l'organisme déficient ; ils ne peuvent en aucun cas se substituer aux soins qui demeurent la pierre angulaire du maintien à domicile.

Soigner, c'est-à-dire *permettre d'assurer la continuité de la vie de quelqu'un* qui pour des raisons d'âge et/ou de maladie ne peut le faire seul, exige de connaître ce qui est à compenser, ce qu'il faut aider à maintenir, en sachant le pourquoi.

Les grilles systématiques de dépendance du type

marche ☐ un peu ☐ pas du tout ☐

ne peuvent fournir qu'une approximation grossière, et le plus souvent inadéquate de la contribution qui sera à apporter par les soignantes pour suppléer les déficiences de la personne âgée et/ou de l'entourage. Leur utilisation aveugle a des incidences économiques qu'on ferait bien d'étudier (voir limites des grilles p. 394-395).

Par contre, il est indispensable de faire une lecture de ce que l'on a appris de *l'histoire de vie* de la personne, en relation avec la nature de *ses diminutions fonctionnelles* causées par l'âge et/ou par la maladie, en relation avec l'*entourage social* et l'habitat. C'est la mise en relation des faits apparus autour de ces trois paramètres qui permet de *discerner ce qu'une personne âgée peut faire seule, ce qu'elle peut faire avec aide, ce qu'elle ne peut plus faire*, en élucidant les raisons et en cherchant le mode d'aide qui peut suppléer à la difficulté (aide d'une personne, mais aussi aide technique : pincettes à ramasser les affaires, télécommandes...). (Voir p. 395-396.)

Plus qu'un simple dépistage de zones de dépendance, *cette analyse donne une vue d'ensemble de la situation* et permet de la comprendre en lien avec l'histoire de vie de la personne, ses occupations, ses activités antérieures, pour saisir celles qui sont encore possibles et souhaitables. Elle s'efforce de discerner les désirs, les attentes, les projets, les rêves, au rythme et à la cadence du temps dicté par l'âge. À partir de cette analyse, il est possible d'élaborer un *projet de soins* en tenant compte de l'évolution progressive ou régressive vers laquelle s'achemine la personne âgée. Ce projet inclut les traitements médicaux, non pas isolément, mais en rendant compte de leur apport thérapeutique, en lien avec les soins.

Cette analyse permet aussi de faire apparaître les indications de limites à prendre en compte, tant pour la personne âgée que pour la famille ou pour le personnel soignant. Ce sont les repères révélés par l'analyse faite avec la personne âgée et sa famille, en lien avec le médecin, qui servent de base à une évaluation dynamique du projet de soins pour le réajuster

ou le maintenir, en fonction des changements survenus, des réactions, de la progression ou de la diminution des capacités, de l'approche de la mort.

L'utilisation de ce moyen d'analyse pour situer la contribution des soins au maintien à domicile de personnes âgées, permet de camper, à partir d'analyses individuelles, les dominantes d'aide à apporter par les soins pour l'ensemble d'un service de soins à domicile en faisant apparaître les dominantes de la représentativité démographique de la population âgée desservie par le service, en lien avec les déficiences fonctionnelles dominantes (exemple : arthrose de hanches), en lien avec les dominantes concernant l'entourage. (Voir p. 401.)

Cette analyse au niveau de l'ensemble de la population âgée du service met en avant les arguments justificatifs des charges économiques en personnel et en matériel.

INCIDENCES DES SOINS DE STIMULATION ET DE MAINTIEN DES CAPACITÉS DE VIVRE SUR LES SOIGNANTS : FAMILLE ET SOIGNANTS PROFESSIONNELS

Si soigner est aider à vivre, redonner de la vie ou permettre aux personnes malades ou âgées de vivre leur mort (au lieu de mourir leur vie), cela se fait en donnant de sa propre vie. Mais il n'est pas possible de communiquer de la vie, de permettre à la vie des autres de se continuer sans continuer soi-même à aimer la vie, sans ressourcer ses forces vives. Les guérisseuses/rs savaient très bien cela. L'héritage culturel de l'oblativité a oblitéré ce savoir. Aussi ne saurait-on se désintéresser de ce que soigner implique pour les soignants, si l'on ne veut pas se bercer d'illusions idéologiques⁴.

Par soignants, il faut entendre :

- la famille et/ou les proches engagés dans des relations sociales et affectives avec la personne âgée ;
- les soignants institutionnels des services de soins à domicile, et autres.

Cette distinction qui semble aller de soi est importante pour prendre en compte la différence de nature des relations émotionnelles, sociales et financières qui se jouent, ainsi que leurs implications.

La famille et les proches

On ne peut considérer le soutien à domicile isolément de l'entourage.

Tout d'abord, il est fondamental de *chercher avec les proches* ce qui pose problème à la personne âgée, tout autant que ce qui leur pose problème, ainsi que ce qu'ils envisagent, afin d'élaborer progressivement avec eux le projet de soins permettant le maintien à domicile.

C'est en cherchant avec les membres de la famille et les proches qu'il est possible de *saisir leurs seuils de tolérance* affectifs, physiques, et d'avoir *l'indication des limites*, compte tenu de l'âge, de la maladie, du lien de parenté, de l'habitat, etc.

Les soignantes institutionnelles

Soigner ne va pas de soi, à l'encontre de ce qu'on a pu laisser croire, lorsque cela devient une profession. De nombreux aspects sont à prendre en compte pour que les infirmières/ers et le personnel soignant ne sombrent pas dans le surmenage, l'usure, la routine, ou tout autre forme d'épuisement, mais qu'ils puissent continuer à y trouver une *source d'enrichissement personnel et construire un patrimoine de savoirs professionnels qui leur soit reconnu*.

Je me limiterai ici à quelques aspects directement liés au maintien à domicile des personnes âgées.

— *Retrouver la continuité entre les soins autour de la naissance, et les soins autour de la mort*. La compréhension de la continuité des différents rites de passage, de la grossesse et la naissance jusqu'à la mort (événements charnières de la vie) me fait dire qu'il n'est pas possible de soigner des personnes âgées, ni d'accompagner des mourants sans avoir découvert — au cours de sa vie personnelle et/ou professionnelle — les soins autour de la naissance, les soins aux mères et aux enfants. Jamais jusqu'à l'orée de ce siècle, il n'était possible dans aucune société de donner des soins aux personnes âgées et aux mourants sans avoir découvert les soins autour de la naissance ; nous avons fracturé les différentes étapes de la vie et fait des spécialistes pour chaque étape. Il apparaît fondamental pour les personnes soignées comme pour les soignants, de *retrouver les significations symboliques des rites de passage* oblitérées par la médicalisation. (Voir p. 174-190.)

— *Désenclaver le maintien à domicile des personnes âgées en l'insérant à d'autres services de soins à domicile*, aux femmes en couches, aux malades et aux handicapés. Soigner des personnes à différents âges de la vie est beaucoup plus stimulant et enrichissant tant pour les personnes soignées que pour les soignants. Je crois que nous n'avons pas mesuré ce que représente soigner exclusivement des personnes âgées, en nombre, présentant des diminutions fonctionnelles de plus en plus accrues, ou sombrant dans la chronicité, sans pouvoir bénéficier du renouvellement apporté par la diversité des personnes soignées à différents âges de la vie. Déjà, la proportion des personnes âgées est beaucoup plus élevée que pour d'autres âges de la vie, alors n'accroissons pas davantage le risque de lassitude et de découragement qui se manifestent déjà dans certains services.

— *Limiter les spécialistes professionnels* — ici les spécialistes en gérontologie. Leur multiplication favorise la division du travail en tâches et alourdit les strates hiérarchiques. Par contre, une meilleure utilisation pourrait être faite de leur compétence comme clinicien pouvant être personne-ressource pour les équipes de soins.

— *Instaurer et maintenir des temps de réflexion* comme partie intégrante du temps de travail pour que les soignants puissent partager leur expérience, les enrichir de connaissances, et en tirer des savoirs bénéficiant aux familles, valorisant les soignantes/s et leur profession.

— Aussi, indispensables pour les soignants sont des *moments de détente, de relaxation* de libération d'énergies négatives pour se reconstruire et se refaire, en relation avec la charge physico-affective du travail.

Temps de réflexion comme temps de ressourcement réclament *d'apparaître économiquement comme faisant partie du coût des soins*.

— *Bénéficiaire de formations-actions* qui partent des situations de soins⁵.

CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES

Ne nous bernons pas : maintenir des personnes âgées à domicile coûte plus qu'on veut bien le dire. Bien des choses seraient à dire sur les coûts invisibles du maintien à domicile⁶. Sans pouvoir aborder ici cette question, dans toute son amplitude, je me bornerai à trois aspects.

Distinguer coûts et incidences économiques

Tandis que l'on fait toujours valoir le coût des soins — plus particulièrement le coût du personnel qui les prodigue, surtout s'il est qualifié —, il est très rarement fait état des incidences économiques. Le calcul d'une rentabilité à court terme au prix le moins coûteux peut coûter beaucoup plus cher qu'il n'en paraît, d'autant plus que l'analyse économique se fait le plus souvent dans l'ici et maintenant, rarement avec une vision qui situe l'apport des soins dans une durée donnée. Casser le prix des soins en évaluant leur coût à la tâche d'exécution au lieu d'examiner les incidences en termes de capacités maintenues, voire retrouvées, pour plusieurs semaines ou plusieurs mois est économiquement plus coûteux en personnel qualifié, mais, de fait, moins coûteux en durée et en multiplication de moyens souvent inutiles, ou même nuisibles.

Faire apparaître le travail invisible

Par idéologie et/ou par difficulté d'explicitier le travail des soins, les infirmières ont toujours laissé dans l'ombre toute une partie de la réalité concrète de leur travail qui est jugé « aller de soi » par les administratifs, les financeurs, et par elles-mêmes... Il est impératif que le personnel soignant apprenne à *faire apparaître le travail invisible et à justifier son objet*⁷. Il nous faut apprendre à expliciter en fonction de quelle incapacité fonctionnelle il est nécessaire de faire une toilette ou d'apporter une aide à la famille. Mais aussi, il nous faut faire apparaître *le travail interstitiel* qui accompagne les soins : temps d'écoute, temps d'analyse et de réflexion individuelle et en équipe, temps de contact avec les personnes concernées (médecin, aide à domicile...), temps d'élaboration et de réajustement de projets de soins. Les repères ayant servi de base à l'élaboration du projet de soins sont des indicateurs économiques. Si le projet de soins était fait de façon rigoureuse, il pourrait être la base d'un contrat individuel de financement.

Désenclaver l'analyse économique du maintien et des soins à domicile en la situant dans l'ensemble du système économique

On reproche toujours aux soins de coûter cher, mais on isole toujours ce coût de l'ensemble des entrées et des sorties du système économique.

J'ose le dire, les personnes âgées sont une cible d'investissement économique dans certains domaines ; les transports, les agences de voyage, les produits de beauté qui gardent jeune, etc. Les soins qui permettent de maintenir et développer le plus longtemps les capacités de vie participent à cette plus-value de certaines zones de marché intéressant la population âgée. Alors n'isolons pas les dépenses d'un côté sans regarder par ailleurs des sources de rentabilité autour de cette même population âgée.

INTÉRESSER LE PUBLIC, DIRECTEMENT ET PAR LES MÉDIAS, À TOUS LES SOINS DE MAINTIEN DE LA VIE

Ceci afin

— qu'il réalise la différence entre la simple exécution de tâches d'hygiène et d'application de traitements, avec une action soignante qui accompagne et qui soutient la personne âgée et son entourage ;

— qu'il reconnaisse la valeur sociale et économique de tous les soins qui tissent la vie quotidienne, qui demeurent ignorés et cachés, voire méprisés, et même objet de honte, ce qui a pour effet de disqualifier le travail des soignants ;

— qu'il comprenne la charge affective des soins sur les soignants.

L'avenir des soins infirmiers permettant le maintien à domicile est l'objet d'un enjeu social, économique et politique. On peut juger une société sur la conception des soins qu'elle a et sur sa façon de les prodiguer et de les reconnaître. Le véritable enjeu du soutien à domicile est de concevoir et d'offrir une action soignante vivifiante tant pour les usagers des soins que pour les soignants dont les pouvoirs administratifs et financiers ainsi que le public reconnaissent la valeur sociale et économique.

Notes

1. Mercenaire : personne qui se faisait payer pour les soins qu'elle donnait.
2. La création de tels services s'est beaucoup heurtée à l'opposition des médecins qui y voyaient le plus souvent une menace à l'hégémonie de leur exercice.
3. M. Foucault, « La Volonté de savoir », in *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1976, t. 1, p. 177-211.
4. Voir pour plus de détails : « Les Soins infirmiers... à quel prix », chap. 15 de *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris, InterEditions, 1982, p. 344-357.

5. Je ne m'étendrai pas sur ce point qui est développé par ailleurs.

6. Les analyses de coût faites entre l'hôpital et le domicile ne partent pas des mêmes critères et ne prennent pas en compte bien des aspects du coût financier porté par les familles. Ceci a d'ailleurs été montré dans d'autres interventions, spécialement lors de cette journée, celle de B. Bachelard, économiste à Genève.

7. Même dans les garages, lorsqu'on donne à réparer sa voiture, ce temps invisible, ce temps interstitiel entre chaque opération est pris en compte. Alors pour s'occuper des patients et des personnes âgées ?...

Soigner à domicile... un défi à relever*

J'aimerais avant de commencer, associer toutes celles et ceux qui chaque jour, à partir de leur travail, ont cherché à faire apparaître et à faire connaître l'apport spécifique et irremplaçable des soins à domicile : infirmières, religieuses et laïques, salariées comme libérales, qui ont cherché à offrir à la population un service de soins à domicile ne se limitant pas à l'exécution de séries de tâches, qu'elles soient d'hygiène ou de traitements, qui se sont efforcées d'intéresser les médecins, comme les gestionnaires des organismes payeurs, à des soins qui visent à réellement maintenir les gens à leur domicile en mobilisant tout ce qui leur permet de continuer à vivre, en dépit de l'entrave causée par la maladie, et/ou par l'âge. Cette communication représente leur parole, reflet du chemin parcouru ensemble pour sortir les soins à domicile de l'impasse de séries de tâches dans lesquelles ils ont été relégués.

J'aimerais particulièrement mentionner ici l'action de Michèle Barrot, infirmière, responsable de la Commission nationale des soins à domicile de la REPSA, de juillet 1971 à octobre 1978, qui a impulsé en France le Mouvement des centres de soins. Je voudrais évoquer également Rose Ville à Saint-Chamond, Jeanne Répécaud à Mâcon, Clotilde Boutry à Strasbourg, Cécile Fournier et Odile Scotto à Marseille, et tout spécialement les réalisations de Michèle Pohier à Lille, ainsi que toutes celles, infirmières congréganistes et infirmières laïques, salariées et libérales, qui dès 1966-1967 ont œuvré pour sortir les soins à domicile de l'impasse d'actes uniquement médico-techniques. Même si leur combat a ébranlé la conception de soins à domicile exécutés à la tâche, il demeure autant

* Sollicitée par Marie-Jeanne Ourth-Bresle, présidente de la Fédération nationale des infirmiers/ères (FNI), et par Mireille Munet, membre du Conseil d'administration et responsable de la Commission Formation, cette conférence a été donnée dans le cadre de journées de formation s'adressant aux membres de la FNI, journées se tenant à Biarritz les 18-20 avril 1991.

d'actualité aujourd'hui en raison de la négligence, de l'indifférence, de la résistance rencontrées encore au sein de la profession, comme auprès d'instances administratives et politiques. L'enjeu de soins à domicile répondant aux besoins de la population demeure un défi professionnel qui exige de prouver et de faire apparaître l'apport irremplaçable de ces soins qui ne peuvent se limiter aux seuls traitements et aux tâches d'hygiène, soins dont toute personne malade, ou âgée, à domicile ne saurait se passer.

UN DÉFI À RELEVER POUR LES SOINS À DOMICILE

Pourquoi oser parler d'un défi lorsqu'on évoque les soins à domicile ?

Tout d'abord, parce qu'à entendre parler des soins à domicile, ces toutes dernières années, on pourrait croire qu'être soigné à domicile représente quelque chose de nouveau. Il n'en est rien. Ce qui est nouveau, c'est la professionnalisation des soins à domicile qui débute avec leur institutionnalisation.

Pour sortir les soins à domicile de l'impasse dans laquelle ils ont été mis depuis plus d'un siècle, il importe de comprendre et de prendre conscience des marques laissées par le passé de l'institutionnalisation des soins, à partir du moment où ils ont été prodigués au domicile des pauvres tandis que les riches bénéficiaient d'être soignés à leur domicile par leurs domestiques.

LE DÉFI DE COMPRENDRE, DE CONSCIENTISER LES MARQUES DU PASSÉ

Dans toutes les sociétés, et pratiquement jusqu'à nos jours — à l'encontre de ce qu'on nous laisse entendre —, les gens ont toujours été soignés à domicile, ou plutôt se sont toujours soignés à domicile. Durant des millénaires, les soins à domicile ont toujours été des *soins d'entraide, de voisinage*. Ils relevaient de la solidarité entre femmes et hommes pour *accompagner, franchir les grands passages de la vie*, allant de la naissance à la mort.

À la Renaissance, lorsque la grande pauvreté s'étend sur l'Europe, en raison de grands bouleversements techniques et économiques, l'hôpital deviendra lieu d'accueil, mais aussi d'enfermement des errants, vaga-

bonds, misérables, laissés sans domicile, tandis que s'organiseront des secours pour les artisans et manœuvres ayant *un salaire de misère*, mais possédant encore un domicile. Ces secours aux « *pauvres honteux* » sont à l'origine de l'institutionnalisation de « soins » au service des pauvres, tels que saint Vincent de Paul et Louise de Marillac les développeront.

En se professionnalisant dans les institutions de charité, dès le XIII^e siècle pour les hôpitaux, et à partir des XV^e-XVI^e siècles pour les soins donnés au domicile des pauvres, les soins deviennent régis par l'Église qui, en les institutionnalisant, les détachent des pratiques et des savoirs populaires. Confiés aux ordres religieux, les soins prodigués pour le salut de l'âme s'imprégneront de la conception chrétienne de la vie et de la mort, enseignée par la doctrine émanant des Pères de l'Église et des monastères. Les marques laissées par cette conception de l'Église étendue à la médecine occidentale sont celles :

— De la **peur du péché** engendrant la **peur de la mort**, au point de délaisser ce qui fait vivre au profit d'une exaltation de la souffrance qui devient rédemptrice. Cette peur de la mort *invite à repousser la mort tout en condamnant la vie*, en minimisant ce qui en ce monde donne sens à la vie et prône quelque plaisir. Or c'est justement sur ce qui fait vivre et aide à vivre que reposaient essentiellement les savoirs des soins.

— Du **mépris du corps** allant jusqu'à son déni, voire sa condamnation. Or, les pratiques soignantes ne dissociaient pas le corps de l'esprit : le corps considéré comme le temple de l'esprit, le corps est perçu comme permettant à l'esprit de se révéler. Si le corps est méprisé et méprisable, toutes les pratiques de soins qui, par essence, s'adressent au corps, deviennent méprisées et méprisables. Elles seront reléguées comme viles, sales, impures, inavouables, honteuses et, par le fait même, laissées « *au personnel subalterne* » (c'est toujours vrai).

— De la **peur des femmes** qui engendrent la vie, qui mettent au monde. De ce fait, le corps des femmes devient particulièrement abjecte, et menaçant. Parmi les femmes, celles qui sont et demeureront les plus menaçantes sont les femmes qui prodiguent les soins sans avoir renoncé à leur corps, comme cela fut exigé pour les femmes consacrées. Inspirent donc particulièrement la peur : les matrones, les « *vieilles femmes* », et guérisseuses, les sages-femmes non assermentées, les nourrices, les gardes en couches, les gardes-malades... qu'il faudra tour à tour réduire au silence ou endiguer¹.

— De l'**aumône** et de la **bienfaisance**, substituant progressivement l'*entraide* à l'*aide*, faisant de celui ou celle qui donne un *bienfaiteur* avec nécessité de reconnaissance, en réclamant un ensemble de conditions pour

ceux qui reçoivent, que l'on éduquera en leur indiquant *ce qui est bon* et *ce qui est mauvais* (au sens de mal), ce qui est permis et ce qui est interdit. Dans ce système, la pauvreté devient un enjeu social confortant la dominance de ceux qui détiennent le pouvoir *de ce qui est institué par l'écrit*, et un enjeu économique : l'indigence confortant la richesse². Les soins prodigués gratuitement aux pauvres sont source de richesse pour les institutions qui, au bénéfice de leur cause, reçoivent dons et legs. Par ailleurs, les riches ne peuvent que refuser ou condamner l'idée de soins payants auxquels doivent recourir les premières gardes-malades mercenaires puisque jusque-là ils les attendaient de leurs domestiques sans avoir aucunement à débours.

— Du **développement d'une médecine académique**, doctrinale, élaborée à partir d'écrits sur les pratiques, sans forcément les avoir exercées, surtout lorsque celles-ci étaient celles qui émanaient des femmes : soins autour de la naissance pour les nouveaux-nés et femmes en couches, soins aux mourants, soins aux malades. Pourtant ce sont les médecins qui au cours du XIX^e siècle, après avoir instruit les sages-femmes, distilleront leur enseignement aux gardes-malades par les manuscrits qu'ils rédigeront à leur intention. Recueils de préceptes et de règles de conduite, les manuels rédigés par les médecins leur assignent la place sociale qu'elles doivent occuper, les désignant comme « *leurs lieutenants* » avant que les écoles d'infirmières décident de leur « *rôle* » et fassent d'elles des « *auxiliaires du médecin* »³.

— Enfin, dans le sillage tracé par ce qui précède en vue d'*éliminer le mal*, le récent **développement de la technologie médicale** donna priorité aux examens et aux traitements pour combattre et éradiquer la maladie, au mépris de tout ce qui aide à vivre, ou sans tenir compte de ce qui permet de compenser ou de dépasser la maladie. Les soins au corps dont les bienfaits thérapeutiques n'ont pas été reconnus comme tels, aussi bien à l'hôpital qu'ultérieurement à domicile, bien qu'inéluçables, seront considérés comme accessoires. Tout soin relevant de tout ce qui aide à vivre, ou permet de vivre, s'est vu confié à « *la conscience professionnelle* », au « *devoir moral* », ou à « *la conduite de l'infirmière* », pour être relégué aux aides-soignantes des hôpitaux à partir de 1956.

La primauté du traitement sur les soins qui aident à vivre et à se maintenir chez soi rendirent les soins à domicile entièrement à la merci d'une prescription médicale, y compris pour ce qui sera désigné comme « *soins d'hygiène* » ou de « *nursing* ». Considéré comme tâches subalternes ou laissé à l'initiative individuelle, à la bonne volonté, à la « *gentillesse* » de l'infirmière, tout ce qui ne relèvera pas du traitement ne sera pas reconnu

pour son apport thérapeutique et sera donc minoré socialement et économiquement. En dépit des amendements apportés par les décrets de 1981, puis de 1984, au statut juridique infirmier, « *le rôle propre de l'infirmière* » demeure tributaire de tout ce passé qui continue d'endiguer et de limiter la décision et l'initiative infirmière, devenue en France, totalement soumise à la prescription médicale. Le terme même de « rôle » qui n'est pas un terme juridique maintient l'équivoque. Il s'agit de la **fonction de soigner**, non d'un rôle.

À partir de ce qui a profondément marqué l'institutionnalisation des soins, héritée tant de l'Église que du corps médical, tout un ensemble de défis s'enchevêtrent aujourd'hui autour des soins à domicile. J'évoquerai ceux qui m'apparaissent majeurs, en sachant qu'ils s'interinfluencent.

LE DÉFI DES SOINS « À DOMICILE »

Les soins à domicile représentent une prestation visant par essence à **maintenir les gens à leur domicile**, c'est-à-dire permettre aux malades comme aux handicapés ou aux personnes âgées, **de rester à leur domicile**, et de pouvoir continuer à y vivre. Or, se maintenir, vivre à domicile, représente une amplitude de services à fournir autrement plus large et plus ciblée que d'y recevoir un traitement à la volée. Ce maintien, qu'il soit organisé autour d'un forfait par un service associatif ou qu'il relève d'actes à la nomenclature, réclame :

— De *se rendre au domicile des gens* dans toute situation qui le nécessite, non de faire le maximum d'actes à son cabinet (jusqu'à 80 % pour certains) parce que « c'est plus confortable et moins fatigant » (*sic*).

— De *faire une estimation de ce qui est à compenser* pour surseoir à la vie quotidienne, en fonction de l'âge et des déficiences ou diminutions fonctionnelles dont il est indispensable d'élucider avec précision les effets en fonction des obligations vitales à assurer. Cette estimation demeure la base du projet de soins, base sans laquelle il est impossible de faire valider l'indispensabilité des soins par un personnel qualifié infirmier. De même, sans l'élucidation de ce qui sert de base au projet de soins, il est impensable d'en faire apparaître les effets socio-économiques.

Dans le cadre de ce défi de soigner à domicile, c'est-à-dire d'offrir un service qui permette aux personnes de demeurer chez elles, se posent deux autres types de difficultés :

— Le *défi de la limite du maintien à domicile* : jusqu'où, jusqu'à quelles conditions de gravité, de handicap d'âge, de logement, d'entourage...

est-il possible de garder à son domicile une personne malade ou âgée ? Jusqu'où est-il possible de répondre à son désir de mourir chez elle ? Questions qui se posent souvent et pour lesquelles les soignants sont très démunis s'ils ne sont pas préparés à savoir faire l'analyse d'une situation, à décoder, non seulement comment se pose le problème, mais en fonction de cela, comment envisager ce qui est à prendre en compte pour y répondre.

— *Le défi d'un maintien à domicile à assurer, pour surseoir à « la décharge » des services hospitaliers* qui les samedis, dimanches et jours de fête font sortir, sans aucune préparation ni coordination, de grands malades ou des personnes âgées désorientées, dans des conditions les plus risquées, ce qui parfois relève du mépris de toute responsabilité professionnelle. Cette légèreté dans les décisions de « décharges hospitalières » peut mettre les services de soins à domicile dans des situations très difficiles, d'autant plus que la charge de travail nécessairement réduite les jours fériés se trouve totalement déstabilisée pour l'infirmière de garde. Sans parler des risques encourus pour le suivi de soins, ou de traitements, sans informations préalables, *a fortiori* quand ce sont des traitements lourds et complexes, ce qui est souvent le cas.

LE DÉFI D'UN QUESTIONNEMENT TECHNOLOGIQUE DEVANT FAIRE PLACE À « LA TECHNIQUE »

Les infirmiers/ères ont été formées aux gestes techniques. La dévalorisation des soins coutumiers et habituels les a incitées à rechercher une valorisation en élargissant l'éventail de gestes techniques complexes, délégués par le médecin, comme on a pu le voir dans le souci d'allonger la liste des actes « médicaux infirmiers de la nomenclature », ainsi qu'en témoignaient certaines revendications par rapport au décret de 1984. Dans l'exercice des soins à domicile, les infirmières se sont senties pendant longtemps dévalorisées par ce qu'elles considéraient être l'hypotechnicité des soins (qui de fait, était l'hypotechnicité des traitements) par rapport à l'accélération de plus en plus grande de l'hypertechnicité hospitalière. Certaines disaient « *avoir perdu leur profession* » ou « *ne rien faire d'intéressant* », voyant dans le champ d'exercice à domicile un champ ne réclamant pas de développement de connaissances ni de compétence professionnelle particulière. Cela reflète d'une part l'hypervalorisation de la technicité au mépris de toute la nécessité de connaissances culturelles, sociales, juridiques que requiert l'exercice à domicile.

D'autre part, ceci témoigne de **la confusion entre technologie et technicité : la technologie étant la connaissance des possibilités d'utilisation de l'outil, les différentes façons de s'en servir pour répondre à quelle finalité, ainsi que l'élucidation des limites de son utilisation.** La seule technicité, c'est-à-dire la façon de se servir d'un outil est nécessaire mais tout à fait insuffisante. Tout outil utilisé dans des situations de soins requiert une connaissance diversifiée **des possibilités et des limites de son utilisation.** Ceci requiert un discernement quant à l'adéquation de son utilisation. Ainsi, ne suffit-il pas de savoir poser une sonde à demeure, mais il est indispensable de se demander en quoi la sonde à demeure qui sera posée supplée, compense ou risque d'aggraver quelle insuffisance du détrusor, de l'urètre... Quelles sont les indications de durée à ne pas dépasser au risque d'aggraver la détérioration de telle propriété de la fonction urinaire ?

Autre aspect concernant le défi d'un questionnement technologique, celui de **la méconnaissance de tous les outils contribuant aux soins** autres que les outils servant aux prélèvements et aux traitements, à savoir tout l'immense domaine des outils de compensation fonctionnelle, ainsi que les outils de confort communément appelés « **aides techniques** ». La méconnaissance de ces outils laissent les malades, les personnes âgées et leurs familles très démunies devant les difficultés de la vie quotidienne. Les grands discours sur l'autonomie n'ont rien à voir avec une analyse précise d'une atteinte ou d'une diminution fonctionnelle à compenser, ou avec la recherche de l'aide technique qui atténuera considérablement le problème. Que ce soit dans le domaine des aides techniques pour manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes, toutes sortes d'outils techniques peuvent faciliter la vie des malades et de leur famille. Certains révolutionnent complètement leur devenir et leur avenir, ainsi les outils de communication informatisés... L'infinie diversité de technologies des plus simples aux plus complexes pouvant être mise au service des malades, de leur famille et des soignants est encore extrêmement méconnue, voire ignorée par la grande majorité d'infirmiers et d'infirmières de soins à domicile qui, sauf exception, ne s'en préoccupe guère, la conception des « soins » étant celle de traiter.

LE DÉFI DU TRAVAIL EN TÂCHES

Dès que les médecins s'assurèrent la tutelle des gardes-malades, ils les dessaisirent — tout au moins pour celles qui en montraient la

compétence — de la vue d'ensemble nécessaire pour aborder les situations de soins et pour savoir discerner la nature des divers problèmes qui se posent. Avec la prescription médicale ordonnant une exécution de tâches s'ensuit la parcellisation du travail, confortée par ailleurs par le mode d'instruction divulguée par les manuels à l'usage des gardes-malades et infirmiers/ères. En divulguant des préceptes et des conduites à tenir, « *les manuels pour infirmières* » se défendent bien de développer la construction d'une pensée qui questionne et interroge l'ordre des choses, ou, *a fortiori*, de développer les capacités d'un discernement autonome. Personnel auxiliaire au service des médecins, les infirmières ont vu leur travail s'organiser en tâches dont il a fallu ordonnancer l'exécution. L'organisation du travail inspirée des principes de Taylor n'a fait qu'en accroître le phénomène : la technique, à savoir « les soins techniques » devenant l'essieu de cette organisation. Cette prescription du travail à la tâche a rapidement abouti à une division du travail entraînant une fragmentation de ce qui est à prendre en compte pour répondre aux besoins vitaux des personnes soignées, dissociant le malade de sa maladie, l'emphase étant sur tout ce qui touche à la maladie. Ce manque de vue d'ensemble :

— Fera que les soins seront de plus en plus rivaux au présent : situés presque uniquement dans l'ici et maintenant, déconnectés de la dimension de la durée.

— Engendrera le *systématisme*, la routine, le manque de questionnement et par là même le désintérêt pour le quotidien ; seul l'insolite interpelle.

— Incitera à la démultiplication des personnes auxiliaires. Tout d'abord en créant le corps des aides-soignantes à l'hôpital en 1956⁴ pour leur déléguer les tâches d'hygiène considérées d'autant plus comme subalternes que ces tâches sont dissociées d'une vue d'ensemble, et non reliées à un projet de soins visant à amender ou à compenser les pertes ou difficultés entraînées par la maladie ou le vieillissement.

— Affermira le cloisonnement entre le sanitaire et le social.

Toute cette fragmentation du travail en tâches, avec l'ensemble de ses conséquences débordera de l'hôpital vers le domicile, la nomenclature d'actes aidant encore à accroître cette parcellisation des tâches. Quant à la démultiplication des personnels, elle s'est accrue ces dernières années en raison de l'insuffisance ou de la non-couverture du champ des soins à assurer pour permettre aux malades, aux handicapés, ou aux personnes âgées de se maintenir à domicile. Depuis la création en 1981 d'un forfait pour le maintien à domicile des personnes âgées, les aides-soignantes

sont sorties de l'hôpital pour se voir confier des soins à domicile, alors qu'elles n'y étaient aucunement préparées, tandis que les aides-ménagères se sont vues exclues de la prise en charge forfaitaire. Par ailleurs, ont été créées les auxiliaires de vie, les gardes-malades nouvelle formule : tout personnel formé en quelques semaines, répondant à des besoins isolés sans qu'il y ait eu le plus souvent concertation, analyse de l'ensemble de problèmes à compenser... sans parler de la dissociation entre les soins et les traitements pour les usagers et leur famille qui sont à la merci d'un si grand nombre d'intervenants. Tout ceci est aggravé par la séparation du sanitaire et du social.

LE DÉFI DE LA SÉPARATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL

Depuis la fin du XIX^e siècle, toute la structuration des institutions s'occupant des problèmes concernant les familles s'est opérée en dissociant l'action sanitaire de l'action sociale. Il a été confié aux médecins « *le sanitaire* » qui est devenu « *le médical* » : que ce soit pour les personnes malades, comme pour les femmes enceintes, les nouveau-nés, les travailleurs... tandis que « *le social* » s'est vu définitivement confié aux assistantes sociales après 1938.

Cette séparation de ce qui touche quotidiennement à la santé des gens avec l'aspect social qui lui est irréductiblement lié, a été et demeure au détriment des personnes soignées comme des soignants. En médicalisant les problèmes socio-sanitaires, il n'a été retenu pour y répondre que des moyens médicaux entraînant l'hyper-médicalisation des situations aux dépens d'aspects socio-culturels fondamentaux. Cette hyper-médicalisation concerne tout autant « les grossesses à risque » que le maintien de personnes âgées en service de cure médicale où tout est pensé médicalement (comme autrefois les pouponnières). Par ailleurs, cette rupture entre le médical et le social a entraîné, surtout en exercice libéral, le risque d'une minimisation ou d'une non-prise en compte des aspects sociaux des situations, soit parce que les infirmières n'ont pas été préparées à le faire, soit que lorsque les dimensions sociales sont prises en compte, elles n'ont pas de recouvrement financier du temps passé à cet effet. Ceci étant, chaque jour il y a des aspects sociaux dans le travail de soins à domicile qui ne sont pas pris en compte, tels les liens avec les aides-ménagères, les assistantes sociales, certains centres à caractère social (cercle de troisième âge par exemple), des élus locaux, etc., sans

évoquer tous les liens sociaux qui sont à faire avec la famille et l'entourage, ainsi que telle ou telle démarche administrative comme l'aide à apporter à une famille pour une demande de tierce-personne.

LE DÉFI DE LA PRÉVENTION DANS L'EXERCICE DES SOINS À DOMICILE

Après avoir été reléguée par une médecine dont l'essor technologique se voulait triompher de la maladie, la prévention est redevenue un leitmotiv. Si la mode d'une prévention faite par campagne de « *Lutte contre...* » semble peu conciliable avec le domaine des soins à domicile, celui-ci n'en offre pas moins des chances irremplaçables à la prévention si l'on sait les saisir.

Si la raison d'être d'un service de soins à domicile n'est pas prioritairement d'entreprendre une prévention en offrant aux gens des séances d'information sur des thèmes en vogue, ou en élaborant de façon plus ou moins artificielle quelque programme d'éducation sanitaire pour obtenir une subvention, comme cela peut se voir, les constatations faites à partir des situations rencontrées par les infirmières au domicile des gens sont une source d'informations de tout premier ordre, beaucoup plus exactes que celles émanant de questionnaires. L'analyse des constatations observées sur un secteur, durant une période donnée, peut constituer des bases épidémiologiques uniques, si l'on apprend à les regrouper, les étudier, puis les utiliser au-delà de simples données statistiques.

Au départ, toute situation de soins rencontrée au domicile des gens peut donner lieu à la mise en œuvre de prévention secondaire ou tertiaire, réalisée par telle ou telle action éducative pour éviter des complications, aggravations ou rechutes..., comme c'est le cas pour éviter ou retarder les complications d'un diabète... les rechutes d'infections urinaires. Au-delà de la prévention individuelle, l'analyse de constatations émanant de plusieurs situations permet de repérer la dominance de telle ou telle pathologie sévissant à tel ou tel âge, chez des hommes et/ou chez des femmes. Une telle analyse peut donner lieu à l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet collectif. De nombreux projets pourraient par exemple être entrepris à partir de la constatation des dégâts opérés par les otites à répétition que connaissent les petits enfants durant plusieurs mois de l'année. L'élaboration et la mise en œuvre de tels projets réclament des connaissances très diversifiées qui n'ont rien à voir avec une éducation sanitaire simpliste. Outre cela, les possibilités de réaliser des actions préventives à partir des soins à domicile obtiennent rarement des possibilités de

financement ; or ce désintérêt pour une épidémiologie active de terrain, qui part de constatations précises, à partir des situations de soins à domicile, coûte fort cher aux caisses de Sécurité sociale et aux mutuelles. Encore faut-il que nous les intéressions à de telles réalisations, et que nous en fassions apparaître les incidences économiques.

LE DÉFI DE LA VALORISATION ÉCONOMIQUE DES SOINS

Dans un pays où durant des décennies non seulement les soins ne coûtaient pas, mais étaient source de revenus considérables pour les institutions par l'apport des dons et des legs devant servir à les couvrir, l'idée de devoir rétribuer les gardes-malades, et à leur suite les infirmières et infirmiers de soins à domicile, demeurerait incongrue. En 1946, les premiers traitements de pénicilline en se répétant toutes les 3 heures au domicile des malades contribuent à instaurer une nouvelle voie pour concevoir et assurer leur financement. Désormais, les traitements pouvant être appliqués au domicile des malades prendront le pas sur les soins : **l'attribution d'une valeur monétaire précise à tout acte accompli par une infirmière donnant lieu à un traitement prescrit par un médecin, constituera la base financière d'un système de paiement.** Dès l'arrêté du 13 février 1946⁵, les actes de traitement effectués par des « *auxiliaires médicaux* » donnent lieu aux premières conventions avec les caisses de Sécurité sociale, établissant une nomenclature d'*actes médicaux* délégués (AM) qui seront désignés par la suite comme *actes médicaux infirmiers* (AMI)⁶.

Comme à l'hôpital, *la maladie deviendra l'objet premier de la prestation à domicile*, laissant à la discrétion de la morale professionnelle et de l'idéologie tout ce qui relève à proprement parler des soins dont le mode de paiement sera relégué aux seuls soins d'hygiène, cotés en AMI à partir de 1958, et pour ce faire, soumis à la prescription médicale, dérobant ainsi aux infirmières le dernier domaine du libre exercice de leur profession. La valorisation de tout ce qui participe au traitement de la maladie désignée de façon équivoque par « *soins* » se fera aux dépens de tout cet ensemble de soins coutumiers et habituels qui stimulent les capacités des personnes malades ou âgées, en leur permettant de compenser ou d'atténuer leurs déficiences fonctionnelles, en lien avec le soutien et l'aide de l'entourage.

Il ne faut donc pas s'étonner que depuis plus de trente ans les soins à domicile n'aient connu aucune valorisation économique qui, comme toute

valeur, serait basée sur l'analyse d'une estimation de l'apport socio-économique des soins. Par contre, pour obtenir une plus-value financière de leur travail, les infirmières/ers ont eu recours :

— *Au cumul d'actes* : la démultiplication des actes rapides, faciles à cumuler, devant surseoir aux cotations très insuffisantes ou à l'absence de cotation de soins longs, visant à prendre en compte ce qu'il faut compenser pour permettre aux malades et aux personnes âgées de vivre à domicile. Ce cumul d'actes, tels ceux de la course aux injections (IM et IV) « *pour s'en sortir* », voire pour avoir un haut niveau de vie, a fortement contribué à dévaloriser la prestation professionnelle⁷. Personne n'imaginerait dans l'industrie multiplier à merci une production de bas de gamme pour obtenir une plus-value économique. Ce recours à ce moyen qui a porté un grave préjudice au service professionnel à assurer à la population est en tous les cas aujourd'hui tout à fait obsolète.

— Le désir d'obtenir *l'élargissement de la délégation d'actes médicaux* parmi ceux réservés aux seuls médecins ou aux biologistes — comme on a pu le voir à l'occasion de la remise en cause du décret de 1981⁸ statuant sur les actes relevant de l'exercice infirmier. Cette quête *d'actes techniques* relevant de l'exercice médical, vise à compenser une non-valorisation économique des soins les plus courants. Le recours à l'aura d'une technicité médicale complexe pour un domaine d'exercice qui s'est toujours considéré comme le parent pauvre de l'hôpital, est perçu comme « *le* » moyen de valorisation de la prestation infirmière. Même si les récentes alternatives à l'hospitalisation, donnant aux malades et à leurs familles la satisfaction de pouvoir être davantage soignés chez eux, en ouvrant de nouvelles perspectives à l'exercice des soins à domicile, requièrent des infirmières/ers d'être préparés à dispenser et maîtriser à domicile la surveillance de traitements de plus en plus complexes (dialyses péritonéales, traitements de chimiothérapies diverses...), la valorisation socio-économique des soins à domicile ne saurait reposer sur la seule complexité technologique, surtout si celle-ci ne prend en compte que les traitements. En effet, la complexité technique ne saurait suffire à elle seule pour obtenir une estimation financière adéquate pour l'ensemble des soins que nécessite un grand malade ayant ce genre de traitement. Enfin, continuer à n'être qu'à l'affût d'actes techniques complexes pour obtenir une rentabilité financière contribue à dévaloriser tous les soins qui sont d'une autre nature que les traitements : soins d'accompagnement, de caractère socio-affectifs et somatiques, qui peuvent être fort complexes, tels ces soins que nécessitent nombre de personnes âgées désorientées, mais aussi

des soins requis par des actions de prévention auprès de jeunes, de mères, de malades chroniques...

— *Autre défi* : le reproche fait aux soins à domicile *d'augmenter de plus de 15 % les charges de la Sécurité sociale* sans qu'il y ait la moindre analyse de la nature des soins, analyse qui tienne compte du sexe, de l'âge, des déficiences à compenser, ainsi que de la présence ou de l'absence d'entourage. La confusion entretenue de façon permanente entre le coût financier des soins toujours évalué dans *l'ici et maintenant*, et l'absence de prise en compte des *incidences économiques* évaluées dans la durée s'avère très préjudiciable. Le manque d'analyse des effets de notre travail nous dessert considérablement. Il s'agit là de faire apparaître l'apport spécifique des soins infirmiers qui, même lorsqu'ils ne peuvent restaurer l'autonomie, peuvent diminuer considérablement et de façon durable l'accélération de décompensations. Seule cette analyse des situations de soins qui pose les bases de projets de soins à mettre en œuvre à partir des raisons tant sanitaires que sociales qui les justifient permettra d'envisager **des contrats forfaitaires de soins** adaptés aux situations. Il nous revient d'élucider ce qui justifie les soins, et d'en faire apparaître les effets. Sans cette élucidation de ce qui justifie les soins, il ne faut pas attendre de valorisation économique de la prestation infirmière.

LE DÉFI DE L'EXERCICE LIBÉRAL

L'exercice libéral n'est pas seulement caractérisé par l'autonomie de gestion des revenus perçus pour une prestation professionnelle. Il se caractérise d'abord et avant tout par :

- la libre entreprise,
- la libre décision,
- la maîtrise de la prestation, à savoir : la capacité de nommer, d'identifier, de justifier la prestation.

Or, pour le moment, la profession infirmière, y compris dans son exercice libéral, n'a ni les attributs, ni les prérogatives, ni les privilèges d'une profession, puisque étant subordonnée à la prescription médicale, elle n'a pas de zone d'initiative reconnue qui relève de sa décision propre. Même si le décret de 1981 réactualisé en 1984, puis en 1993, reconnaît « *un rôle propre* » précisé dans l'article 2, accompagné d'un inventaire stipulant les actes déferés à sa compétence, il demeure que ce qui relève de la fonction spécifique infirmière reste totalement dépendant de la prescription médicale

et ne peut être pris en compte par les organismes payeurs (Sécurité sociale, mutuelles) qu'avec l'aval du médecin.

Le défi à résoudre est de clarifier :

— *Ce qui relève de l'initiative et de la décision infirmière* dont le champ spécifique de discernement (de diagnostic) concerne ce qui est indispensable à pallier des conséquences de la maladie ou de l'âge pour maintenir et assurer les activités quotidiennes de la vie. Ce discernement des soins visant à entretenir, maintenir, stimuler la continuité de la vie amène à établir un projet de soins dont la décision et la responsabilité incombe à l'infirmière. La décision de la nature des soins à assurer relevant de la fonction spécifique de l'infirmier/ère doit pouvoir faire à l'avenir l'objet de convention directe avec les organismes payeurs pour établir un forfait-soin qui tienne compte à la fois des soins d'entretien de la vie qui visent à compenser les conséquences de la maladie sur la vie quotidienne et à assurer les traitements.

— *Ce qui relève de l'initiative et de la décision médicale* quant au diagnostic et au traitement de la maladie faisant l'objet d'une prescription médicale pour les actes médicaux qui sont à déléguer, en vue de réparer ou de limiter la maladie et ses effets...

Ainsi une toilette n'est pas un acte médical, par contre elle doit se justifier en faisant apparaître ce qui oblige à l'assurer, et ce pendant combien de temps, compte tenu non seulement des raisons pathologiques, mais aussi sociales. Par contre, les contrôles biologiques comme la mise en œuvre de traitements de toute nature relèvent du diagnostic médical qui en délègue l'exécution et la surveillance.

L'accroissement démographique des infirmiers/ères libéraux atteignant en 1990 un rapport de 48 professionnels en exercice pour 100 000 habitants⁹ soit un infirmier/ère pour 2083 habitants, ne peut se justifier que si le service offert à la population assure prioritairement ce qui relève de la fonction infirmière pour maintenir, soutenir, accompagner ce qui permet aux personnes malades ou âgées de demeurer à leur domicile, et fasse reconnaître comme tel ce qui relève de la décision infirmière dans ce domaine.

LE DÉFI DES ACCORDS EUROPÉENS

Le défi de se situer prochainement dans le cadre des Accords européens ouvrant les frontières à la libre circulation des travailleurs, et à leur libre

exercice, n'est pas sans poser question dans le domaine des soins ; particulièrement des soins à domicile. En effet, la France, à l'encontre d'autres pays, comme l'Angleterre, les Pays-Bas (pour la CEE), les pays nordiques, n'a aucunement développé un réseau **de service de soins à domicile** couvrant l'ensemble du territoire, et répondant à un ensemble de besoins socio-communautaires qui dépassent largement le seul aspect médical. La France est le seul pays de la CE à connaître un exercice libéral infirmier demeurant majoritairement isolé.

Peut-être est-ce l'occasion de rappeler que le **premier syndicat infirmier** s'est constitué en 1936, avec l'autorisation du ministère du Travail pour lutter contre l'installation d'un afflux de gardes étrangères (gardes d'enfants, gardes-malades) plus policées, qui faisaient concurrence aux « gardes privées » françaises. Aujourd'hui l'exercice infirmier à domicile peut se voir à nouveau remis en cause, sinon bousculé dans ses credos : cette fois-ci, ce sera pour une qualité de service offert qui ne répond pas suffisamment aux besoins socio-sanitaires de la communauté européenne, pour son insuffisance d'initiative et de réalisation dans le domaine qui lui est propre (soins d'entretien de la vie), ainsi que pour son organisation trop individualiste.

On a beaucoup suscité d'accords sur les niveaux et les contenus de la formation professionnelle pour préparer 1993, ce qui était certes souhaitable mais, comme d'habitude, on s'est peu soucié de ce qui risque de se passer au niveau des services, là où s'opère l'exercice professionnel. Or c'est là que tout se jouera tant pour les usagers des soins que pour les personnels soignants. Par ailleurs, il est encourageant d'entrevoir que le bénéfice des acquis obtenus dans certains pays dans le domaine de la reconnaissance des soins et de la fonction infirmière pourra favorablement influencer nos efforts.

LE DÉFI DE L'AFFRONTÉMENT DES CONCEPTIONS VIS-À-VIS DE LA VIE ET DE LA MORT

De tous les défis, l'affrontement des conceptions culturelles, religieuses, scientifiques, socio-économiques pour aborder les grandes questions qui se posent par rapport à la vie et à la mort, induisant différentes orientations et intérêts, demeure le défi majeur pour concevoir et aborder les soins, défi à partir duquel tous les autres s'intriquent.

À un moment de l'histoire de l'humanité où dans la société occidentale, la science semble avoir raison à la fois de la conception et de la mort, au point de pouvoir concevoir des embryons congelés et de repousser la mort en se servant de cadavres chauds¹⁰, la finalité de soigner se trouve dominée par l'emprise de la puissance de l'outil technique comme l'a si précisément analysé Michel Foucault : « Au vieux droit de faire mourir et de laisser vivre s'est substitué un pouvoir de faire vivre ou de rejeter dans la mort [...] les disciplines du corps (machine) et les régulations de la population constituent les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie »¹¹, « Cette grande technologie à double face anatomique et biologique, individualisante et spécifiante... a investi la vie de part en part »¹².

Après s'être dissociés de tout ce qui contribue à stimuler et entretenir la vie pour privilégier ce qui extirpe la maladie, les traitements de toute nature (physico-chimiques, mécaniques, biologiques...) qui visent à surseoir à ce que la nature connaît d'altéré, d'imparfait ou de fini, se sont substitués à tout ce qui participe au développement de la vie dans la diversité de ses manifestations qui pour chacun passe par les émotions, les sentiments, les désirs les attachements, les occupations de la vie quotidienne, les liens familiaux. La réduction du corps à la maladie à attaquer de front, à extirper ou à exclure, est suicidaire. Aussi avons-nous à retrouver, à nous réapproprier la diversité des savoirs qui permettent de concilier les forces de vie et de mort : *soigner se situant au carrefour de ce qui aide à vivre et de ce qui s'achève.*

COMMENT RELEVER LE DÉFI

Envisager aujourd'hui des soins qui assurent réellement de maintenir à domicile des personnes malades, handicapées ou âgées stipule de :

— **Retrouver le sens originel des soins** qui ont pour finalité première de remobiliser toutes les possibilités de vie de quelqu'un en lien avec son entourage pour faire face à la vie quotidienne, soins qui peuvent être complétés ou non par des traitements, mais **ce sont les soins d'entretien de la vie qui sont l'assise de tout maintien à domicile.**

— **Poser avec le malade et/ou avec sa famille les bases de l'action soignante en vue d'élaborer un projet de soins**, comme cela se passe dans les pays nordiques où le médecin et l'infirmière posent ensemble les bases du projet avec la famille, dès le début de la prise en charge : le médecin prescrivant par rapport à la maladie et l'infirmière faisant l'ana-

lyse des conséquences de la maladie sur les activités quotidiennes en lien avec les perturbations fonctionnelles et affectives engendrées par la maladie.

— **Apprendre à construire un projet de soins** non de façon linéaire et statique comme c'est le cas de plans de soins réalisés avec des outils sériels systématisés mais en faisant apparaître les interrelations existantes entre le dysfonctionnement apporté par le vieillissement ou la maladie avec ce que l'on connaît de la personne en fonction de son âge, de ses habitudes de vie, de son entourage social et de son logement. C'est situer le projet dans une durée en envisageant qu'il puisse se modifier en fonction des capacités retrouvées, ou celles plus gravement altérées.

— **Faire du projet de soins la base d'un contrat individuel de financement** avec les organismes payeur (Sécurité sociale, mutuelles...) ce contrat tenant compte de la gravité du dysfonctionnement à compenser et de l'entourage. De même que les traitements sont prescrits et remboursés individuellement, on ne voit pas pourquoi le financement du projet de soins ne se ferait pas à partir d'un contrat individuel. Ceci éviterait beaucoup d'utilisations abusives ou totalement inefficaces de prises en charge remboursées sur la base d'un forfait-type insuffisant, ou surélevé, par rapport à l'action soignante réalisée, ou bien d'AMI insuffisants ou injustifiés.

— **Se servir de projet de soins comme fil conducteur de l'évaluation de l'action soignante** en fonction d'une durée déterminée. Ce sont les constatations ayant servi de base à l'élaboration du projet qui sont indicatrices de l'amélioration ou de l'aggravation de la personne malade ou âgée, et des modifications à apporter à l'action soignante.

— **Envisager une fonction de coordinatrice** des soins et du maintien à domicile qui ne devrait en rien se substituer à celle des soignants au niveau de l'élaboration de projets de soins, mais favoriser la réflexion du personnel, coordonner son action en vue de promouvoir l'action soignante et développer le service avec la participation des usagers.

— **Instaurer pour les soignants un temps de réflexion indispensable** à l'élaboration et à l'enrichissement de son travail, et un temps de concertation dont le financement est à inclure dans le contrat individuel de la même façon qu'une consultation médicale est remboursée sur la base d'un temps d'écoute, d'un temps de discernement et d'un temps de prescription.

— **Arrêter la multiplication des personnels sanitaires** venant suppléer de façon anarchique à l'insuffisance de personnels qualifiés ou

masquant les failles d'une prestation limitée à des tâches dissociées, dépourvues de finalité adaptée aux situations.

— **Chercher non seulement à décloisonner les strates de personnels sanitaires** proches dans leur activité, mais à **favoriser leur regroupement** afin d'éviter le morcellement de l'action soignante et le désintérêt des soignants. En ce sens, il est urgent de ne constituer qu'un seul corps d'aides à domicile ayant à la fois des fonctions d'aide-ménagère et d'aide-soignante.

— **Constituer un seul service de soins** à domicile pour toutes les strates d'âge de population, quelle que soit la maladie ou le handicap (ne pas dissocier les personnes âgées de l'ensemble des personnes à soigner à domicile).

— **Intéresser le public aux soins à domicile** afin :

- qu'il réalise la différence entre l'exécution de traitements et une action soignante qui accompagne, qui soutienne la personne malade ou âgée, et son entourage ;
- qu'il reconnaisse la valeur sociale et économique de tous les soins qui tissent la vie quotidienne qui pour le moment demeurent ignorés, cachés, voire méprisés et même objet de honte, ce qui a pour effet de disqualifier le travail infirmier ;
- qu'il comprenne la charge affective des soins pour les soignants.

L'avenir des soins à domicile est l'objet d'un enjeu social, économique et politique. On peut juger une société sur la conception des soins qu'elle a et sur la façon de les prodiguer et de les reconnaître. Soigner à domicile ne saurait être réduit à un travail ancillaire de distribution de tâches domestiques accomplies par une multiplicité de strates professionnelles dans la disparité des institutions. Le véritable enjeu du maintien à domicile est de concevoir et d'offrir une action soignante vivifiante tant pour les usagers des soins que pour les infirmières/ers, action dont le public reconnaisse la valeur sociale et économique.

Notes

1. Sur tout ce passé du mépris de la vie du mépris du corps comme vil et source de péché, de la peur des femmes, cf. J. Delumeau, *La Peur en Occident xvi^e-xviii^e siècles*, Paris, Fayard 1978 ; J. Delumeau, *Le Péché et la peur. La culpabilisation en Occident xii^e-xviii^e siècles*, Paris, Fayard 1984.

2. B. Geremek, *La Potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen-Age à nos jours*, Paris, Gallimard, 1987. Voir aussi *Histoire de la vie privée*, III, IV, V, Paris, Seuil 1987.
3. F.E. Fodéré, *Manuel des gardes-malades*, Strasbourg 1915. Les préfaces des manuels pour gardes-malades sont très instructives sur les intentions des médecins vis-à-vis des gardes-malades.
4. Arrêté du 25 janvier 1956 créant le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignante.
5. Arrêté du 13 février 1946 approuvant le modèle de convention à intervenir entre caisses de Sécurité sociale et les syndicats d'auxiliaires médicaux (*JO*, 24 février 1946).
6. Arrêté du 22 mars 1947 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, spécialistes, chirurgiens dentistes, sages-femmes, et auxiliaires médicaux, annexée à l'arrêté du 29 octobre 1945 (*JO*, 5 avril 1947). Art. 10, section I soins infirmiers.
7. Cette quête d'un volume d'actes à cumuler a été jusqu'à fragmenter en actes dissociés le forfait de maintien à domicile des personnes âgées pourtant établi afin de prendre en compte l'ensemble des soins qui contribue à maintenir à domicile une personne âgée, ou handicapée.
8. Décret du 12 mai 1981, repris par le décret du 17 juillet 1984, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.
9. « 1980-1990 le chemin parcouru », *Avenir et Santé*, avril 1990, p. 17.
10. « Les Enjeux de la bioéthique ». Volonté de savoir et volonté de puissance : l'enjeu de Prométhée, avec J. Testart. Emission *Les Chemins de la connaissance* par M.-C. Navarro, 20 novembre 1990.
11. M. Foucault, *La Volonté de savoir. Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1976, p. 181.
12. *Ibid.*, p. 183.

Compétence infirmière face aux situations de personnes dépendantes et à l'accompagnement de leur famille*

SOLIDARITÉS FAMILIALE ET DE VOISINAGE — LEURS LIMITES

Qui aurait dit, à l'orée du ^{xx}e siècle, alors que prévalait l'insouciance de la Belle Époque, que la population de la société occidentale connaîtrait, en si peu de temps, une augmentation si rapide de son espérance de vie ? Espérance qui s'accroît encore aujourd'hui.

Augmentation de la durée de vie, certes, mais avec elle, l'humanité connaît, pour la première fois, un bouleversement démographique, sociologique et économique.

Les parents, qui au début du siècle ne vivaient souvent pas assez longtemps pour élever ou finir d'élever leurs enfants, connaissent aujourd'hui une sorte d'inversion des rôles parents/enfants : les enfants devant

* Ce texte, inspiré de plusieurs années de constatations et de réflexion à partir du travail réalisé avec les infirmières de soins à domicile (infirmières de centres de soins, de service de maintien à domicile de personnes âgées, d'infirmières/ers exerçant à titre libéral), a été rédigé après la conférence qui m'a été demandée par Marie-Jeanne Ourth-Bresle, présidente de la Fédération nationale des infirmiers/ères (FNI) et par Mireille Munet, membre du conseil national d'administration de la FNI, au Congrès extraordinaire du 17 et 18 mars 1994, se tenant à Paris-Bagnolet sur le thème : « Loi dépendance, compétence infirmière, solidarité sociale : rôle des infirmières dans la restauration de l'autonomie des personnes âgées dépendantes ».

surseoir aux nécessités de vie de leurs parents, devant accompagner, parfois durant des années, une longue fin de vie qui, dans de nombreux cas, sombre dans une situation de dépendance.

Il semble également important de considérer que cette inversion du rôle parents → enfants à celui d'*enfants* → *parents* peut s'étendre à plusieurs générations, remontant des parents aux grands-parents, jusqu'aux arrière-grands-parents, et ceci pouvant concerner les ascendants paternels et maternels de l'un ou/et l'autre conjoint d'un couple. Elle peut également s'étendre à des collatéraux, comme c'est le cas pour un vieil oncle demeuré veuf, une vieille tante qui n'a pu se marier. C'est dire que le nombre de personnes à charge peut être très lourd pour des familles qui se situent à la fois à la charnière des générations d'enfants à élever ou au chômage et de générations de parents âgés plus ou moins dépendants.

« *Parents à charge...* » comme l'entendent fréquemment exprimer les infirmières. Parfois avec douleur... avec lassitude... voire avec désespoir.

Charges économiques. Elles ont tendance à s'atténuer ces deux dernières décennies, les dernières générations de salariés bénéficiant de retraites à part entière. Toutefois, il reste encore de lourdes charges matérielles pour certaines familles (artisans, petits agriculteurs). Mais davantage encore, *charges affectives* et sociales : celles qui consistent à assurer la réponse aux besoins quotidiens, parfois charges veillant à maintenir la survie, charges familiales pouvant devenir extrêmement pesantes lorsque progressivement s'installe ce qu'on appelle « *la dépendance* ».

Devant ces situations de dépendance, en dépit de ce qui est souvent allégué, l'importance des prises en charge familiales demeure majeure, comme le souligne A. Rozenkier, chargé de recherches à la Direction de la recherche sur le vieillissement en France à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), dans son étude présentée à la Conférence européenne d'octobre 1993 :

Les solidarités familiales ou de voisinage, loin de se désagréger, jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile de cette population. [...]

Parmi les personnes âgées vivant à domicile (80 %), près de 60 % ont, dans leur entourage, au moins une personne leur apportant effectivement une aide dans les actes courants de la vie quotidienne (ménage, soins personnels, démarches administratives) alors qu'elles ne sont que 30 % à recevoir, pour ces mêmes actes, une aide professionnelle.

Dans le cas des personnes dépendantes, 95 % d'entre elles bénéficient au moins d'une aide de leur entourage, alors que moins de la moitié cumule celle-ci avec une aide professionnelle. Traduite en nombre d'heures, l'aide de la famille aux personnes âgées handicapées est trois fois plus impor-

tante que l'aide professionnelle reçue. Les « aidants » principaux sont essentiellement les conjoints et les enfants.

L'analyse montre l'importance, d'une part, de la pourvoyance intergénérationnelle, et, d'autre part, de la pourvoyance féminine. Jamais dans l'histoire, il n'y a eu une telle co-longévité entre générations qui recèle, entre autres, un potentiel important d'aides et d'influences mutuelles prolongées¹.

Camper une esquisse de la charge qui revient aux familles en se rendant compte de leur investissement majeur non seulement auprès des personnes âgées, mais *pour plus de 50 % auprès de personnes âgées dépendantes* semble fondamental *pour situer l'offre et la compétence professionnelle infirmière*, à un moment où des propositions de loi concernant la famille pourraient envisager d'accroître encore les charges assumées par les familles *sans prendre en considération un seuil de dépassement des charges qui leur incombent*. Par ailleurs, on persiste à penser que permettre de continuer à vivre à domicile à des personnes gravement malades, d'un grand âge, ou handicapées, ne relève que d'un ensemble de tâches matérielles, d'hygiène ou d'aide à la vie domestique, toujours considérées comme banales, et de ce fait ne requérant ni compétences spécifique, ni connaissances, ce qui a pour conséquence d'accélérer et d'aggraver les situations de dépendance.

LE RECOURS AU SERVICE INFIRMIER

Ce n'est, dans la plupart des cas, que lorsque les familles sont « dépassées par les événements » qu'elles ont recours au service infirmier. C'est le cas de situations ayant pu durer depuis déjà longtemps, mais auxquelles la famille ne peut plus faire face par lassitude, épuisement, heurts avec la personne âgée, plus grande complexité d'organisation... ou lorsqu'un événement nouveau survient brutalement ; ou encore, lorsque cela concerne des personnes isolées n'arrivant plus à se suffire à elles-mêmes. Le recours au service infirmier se fait, alors, directement : en venant exprimer la nécessité d'une aide ; ou indirectement : en demandant au médecin, au pharmacien ou à l'assistante sociale de leur indiquer des possibilités de se faire aider.

Le service infirmier est par excellence le point charnière de recours des familles devant les difficultés qu'elles rencontrent pour maintenir un des

leurs à domicile. Devant la demande des familles, les infirmières sont alors confrontées *aux dimensions sanitaire et sociale*, indissociables l'une de l'autre, que créent non seulement la dépendance de la personne en difficulté, mais aussi le retentissement des problèmes rencontrés par cette personne sur sa famille et son entourage.

Ainsi sollicitée, tout infirmière/er de soins à domicile se trouve devant deux aspects qui demandent à être impérativement élucidés pour déterminer et justifier la prestation infirmière :

— **Quelle est la nature de la dépendance** de la personne pour laquelle une intervention est demandée ?

— **Quelles sont les caractéristiques dominantes des personnes soignées pour raison de dépendance au sein de leur clientèle ?**

Ces deux aspects sont tout aussi indispensables, bien que le premier ne soit le plus souvent pas ou peu exploré, mais superficiellement estimé, ce qui entraîne très fréquemment une prestation inadaptée qui devient rapidement stéréotypée et routinière (comme c'est le cas pour l'exécution passive de nombreuses toilettes), tandis que le deuxième aspect est rarement analysé ou ne tient compte que des pathologies, comptabilisées isolément.

INTERPELLATION DE LA COMPÉTENCE INFIRMIÈRE

Cette interpellation de compétence se situe à un double niveau : au niveau des situations individuelles, mais également au niveau d'une analyse socio-démographique de ce qui caractérise l'ensemble de ces situations de soins afin d'estimer les moyens financiers et les conditions de travail pour assurer la complexité des soins visant à maintenir les personnes dépendantes à leur domicile.

À PARTIR DE SITUATIONS INDIVIDUELLES

De la raison de la demande d'intervention à l'élucidation de la nature des problèmes

La première sollicitation relevant de la compétence infirmière — à l'encontre de ce qui se passe habituellement — est non pas de faire de la demande d'aide l'objet de la réponse infirmière, comme : faire une toi-

lette, aider au lever... assurer la prise de médicaments..., **mais d'arriver à cerner comment se présente le problème d'incapacité de la personne dite « dépendante »** et, à partir de là, arriver à déterminer le lien entre les difficultés qu'elle rencontre et celles qu'elle pose à son entourage avec **les manifestations des déficiences qu'elle présente** afin d'envisager la façon dont il faut y faire face. Or, il est regrettable, et au détriment des personnes soignées et des infirmières de soins à domicile, de devoir constater que ce qui provoque la demande d'intervention à domicile se substitue habituellement à une analyse de la nature de la dépendance, ce qui entraîne des réponses inappropriées et fort coûteuses en répétition de tâches, en lassitude et en financement.

Aussi, avant toute proposition faite à la famille — proposition si souvent hâtive —, la première question qui exige d'être clarifiée est : *Que recouvre la dépendance ? De quelle nature est-elle ?* C'est là que se situe l'interpellation directe de la compétence infirmière, car c'est autour de la capacité d'élucider les manifestations des déficiences ou des diminutions fonctionnelles présentées par la personne que s'ensuivra la façon d'y répondre. De cette analyse et de la façon dont elle est faite dépend tout cet ensemble de conséquences :

- pour la personne dépendante,
- pour son entourage,
- pour la nature des liens avec le médecin,
- pour la coordination avec les autres intervenants,

mais également des conséquences financières tant pour le budget des familles que pour les organismes payeurs : les coûts cachés d'un manque d'analyse des situations de dépendance étant beaucoup plus élevés qu'il peut en paraître.

Cerner la dépendance... comment ? demeure une question de fond

Même s'il est établi que la dépendance est « l'état où la personne est dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs besoins sans une action de suppléance »², ou « ne peut plus assurer la totalité des actes de la vie ou certains d'entre eux », comme s'habiller, se lever, faire sa toilette, manger..., on n'a pas cerné pour autant la dépendance. Le risque est grand de répondre aux activités de vie qu'une personne a délaissées, abandonnées ou refusées, en la remplaçant pour les accomplir, sans avoir élucidé ce qui l'empêche ou lui rend difficile de les assurer.

La réponse à une demande d'aide se fait le plus souvent par rapport à ce qui a été demandé, non par rapport à ce qui pose problème :

- il ne peut plus se laver seul → on va le laver
- il ne peut plus s'habiller seul → on va l'habiller
- elle ne peut plus se lever seule → on va la lever.

En ce cas, on fait de la raison de l'appel la finalité de l'intervention, où devant telle ou telle incapacité on propose une série de tâches : tâches répétitives, systématiques, dépourvues de sens, qui peuvent aggraver la dépendance de la personne, l'accélérer, l'accroître..., entraîner une action de routine et susciter le désintérêt des familles.

Moyens ayant été proposés pour cerner la dépendance

Pour arriver à mieux cerner la dépendance dans ces actes de la vie quotidienne, il a été proposé d'en estimer *le degré* en établissant des *grilles* de niveau tel que :

marche	☐	un peu	☐	pas du tout	☐
mange seul	☐	partiellement	☐	plus du tout	☐
communique		communique		ne communique	
facilement	☐	peu	☐	plus	☐

C'est là un début, mais le remplissage de ces grilles trouve rapidement ses limites d'utilisation.

En effet :

— Elles abordent tous les principaux actes de la vie quotidienne, y compris ceux qui ne posent pas de problème, sans que ceux-ci soient perçus pour autant comme ressources possibles.

— Pour les activités qui posent problème, on ne voit pas comment, ni à partir de quoi, se pose le problème... : par exemple celui de ne plus marcher.

— On ne saisit pas non plus quelle est la diminution fonctionnelle ou la déficience dominante, ni les retentissements qu'elle peut avoir sur d'autres fonctions.

— Elles ne permettent pas de dégager les liens qui existent entre différentes déficiences, entraînant des répercussions variables sur telle ou telle activité de vie.

— Elles ne donnent pas la possibilité, pour toutes ces raisons, de préciser ce qui motive telle ou telle forme d'aide, par exemple : faut-il habiller ? Ou faut-il conforter, stimuler tel geste encore possible : c'est-à-dire moins se substituer, mais plus accompagner...

De plus, ces grilles sont un instantané. Elles donnent une image saisie dans l'instant et, par là même, sont souvent comme des clichés figés dans le temps. Elles ne permettent pas d'avoir une indication d'une évolution des déficiences vers une aggravation ou une amélioration, en raison du manque de discernement de ce qui pose problème. Elles aboutissent le plus souvent à des réponses en tâches et ne sauraient faire apparaître les différents aspects qui motivent le travail infirmier. Elles peuvent même en donner une image faussée.

Autre moyen souvent utilisé : **Géronte**³. Inspiré des supports visuels utilisés par les kinésithérapeutes, il a l'avantage d'être un moyen de visualisation pour localiser sur la représentation d'un schéma du corps telle ou telle zone présentant une atteinte, une déficience ou une diminution fonctionnelle.

— Son premier inconvénient, et non des moindres, est de ne pas avoir respecté les symboles les plus usuels des couleurs, à savoir d'avoir inversé l'utilisation du noir et du blanc : le noir ayant été attribué pour indiquer ce qui va bien, et le blanc, ce qui ne va pas. Ceci entraîne régulièrement des erreurs de lecture et des inversions d'interprétation.

— Par ailleurs, si la localisation est importante, bien qu'elle apparaisse sur le Géronte de façon élémentaire, l'utilisation du Géronte n'amène pas à préciser pour autant comment se traduisent les manifestations des perturbations fonctionnelles, ce qui a pour conséquence de répondre la plupart du temps par une aide à telle ou telle activité, sans qu'elle soit suffisamment pertinente ou appropriée. Parfois, elle est même tout à fait inadaptée.

— Pas plus que la grille, le Géronte ne donne d'indication d'évolution dans la durée, à moins d'en refaire à différentes périodes, ce qui est peu réalisé.

Cette insuffisance de clarification de la nature de l'aide à assurer, y compris avec les moyens pré-cités, surtout pour ce qui relève des actes infirmiers de soins (AIS), est à la fois préjudiciable aux personnes soignées, mais aussi aux infirmières/ers qui n'arrivent pas à expliciter ce qu'elles cherchent à atteindre en assurant tel ou tel soin, ni à rendre compte du travail que cela représente.

Non seulement cerner... mais discerner comment se manifeste la dépendance

De fait, il revient à la fonction infirmière d'élucider comment se manifeste la dépendance en considérant en premier lieu : **Quelles sont la ou les fonctions atteintes ou diminuées ? De quelle façon le sont-elles ?**

Par exemple, quelqu'un qui ne peut pas se lever, est-ce que cela vient :

— De la *fonction motrice* ?

avec une localisation : à la jambe droite ?
à la jambe gauche ?
aux hanches ?

se manifestant par : un blocage ?
une rigidité ? ou plusieurs de ces aspects
une flaxité ?
une douleur ?

— Ou de *désorientation temporo-spatiale* ?

se manifestant par... la perte des repères :

- des heures de lever... de coucher... ?
- des meubles familiers... des points d'appui ?

— D'*épuisement* lié à la malnutrition ?

se manifestant par... :

- des étourdissements ?
- la difficulté à se mettre debout ?...

Mais les manifestations peuvent être aussi *de nature affective* :

- en raison de la peur de tomber ;
- de ne plus avoir le désir de se lever ;
- de ne plus avoir de motif ou d'intérêt pour se lever... ;
- ou encore parce qu'il peut y avoir des difficultés d'ordre matériel pour se lever, comme c'est le cas l'hiver pour des personnes isolées dans des fermes⁴.

Toute cette élucidation indispensable des manifestations de la dépendance ne saurait être située isolément sans qu'elles soient reliées à la fois à *l'âge* et à qui cela arrive en tant qu'*homme* ou *femme* pour en comprendre les conséquences sur les activités quotidiennes. Apparemment, cela va de soi, mais de fait, c'est très peu expressément conscientisé pour en tirer les conséquences sur les activités de vie.

Cette mise à plat des manifestations des déficiences à partir des fonctions perturbées ou diminuées ne considère pas seulement ce que la personne peut faire ou ne pas faire, mais cherche

ce qui montre

ce qui indique

ce qui fait qu'elle ne peut pas le faire, ou qu'elle ne peut le faire que partiellement, ou bien avec difficulté,

en tenant compte de la façon dont elle le vit en tant que femme ou homme, et par là même donne des indications de la nature des soins à assurer, en lien avec les traitements à effectuer.

Ainsi, quelqu'un qui a une maladie de Parkinson et qui souffre de tremblements..., si l'on n'a pas cerné le genre de tremblement et la façon dont ce tremblement altère quelle activité, comme s'habiller ? manger ? boire ? ainsi que les répercussions spécifiques qui l'atteignent en tant qu'homme ou femme, on ne pourra pas envisager quels soins de compensation ? de stimulation ? de confortation ? seront à assurer pour ralentir l'accélération des pertes de motricité et accompagner l'entourage. Toute chose qu'on ne saurait considérer sans lien avec les indications et les effets du traitement.

Évoquer le traitement, c'est dire également que toute élucidation des manifestations des déficiences ou des diminutions fonctionnelles présentées par des personnes menacées de dépendance, ou déjà « dépendantes », ne peut se faire sans diagnostic médical afin d'en éclairer les causes physiopathologiques et les perspectives d'évolution. **L'élucidation des manifestations des déficiences ou des diminutions fonctionnelles constitue**

la base du dialogue avec les médecins pour envisager le projet de soins, comme de traitements, à mettre en œuvre.

Incidences de l'élucidation de la dépendance

En mettant en corrélation plusieurs aspects intriqués, présentant une gamme d'infinie variété, l'analyse permettant une élucidation des manifestations de la dépendance débouche sur un ensemble de précisions indispensables pour savoir comment soigner, c'est-à-dire comment mobiliser les capacités de vie qui demeurent et compenser celles qui s'altèrent.

À partir :

— de la mise en évidence de la ou des fonctions perturbée(s) (motrice... circulatoire... respiratoire... d'élimination...);

— des signes concrets de leurs déficiences ou de la façon dont elles sont atteintes ou diminuées ;

— des conséquences sur les activités de vie en mettant en relation la nature de la déficience, et ce qu'en tant qu'homme ou femme, de tel âge... : la personne

- peut faire seule/facilement ou difficilement, durablement ou épisodiquement ;

- peut faire avec aide... quelle aide ? apportée par qui ? en fonction de quoi ?

- ne peut plus faire, qui demande d'être compensée comment ? (Voir le support d'analyse de situation p. 412-413) ;

— du retentissement émotionnel, affectif et social de la déficience ou de la diminution fonctionnelle ;

— du lien avec le diagnostic médical ;

— de la confrontation de ces faits avec des sources de connaissances physiopathologiques pour en éclairer ou en comprendre tel ou tel aspect ;

— de l'estimation de l'évolution vers une amélioration ou une aggravation ;

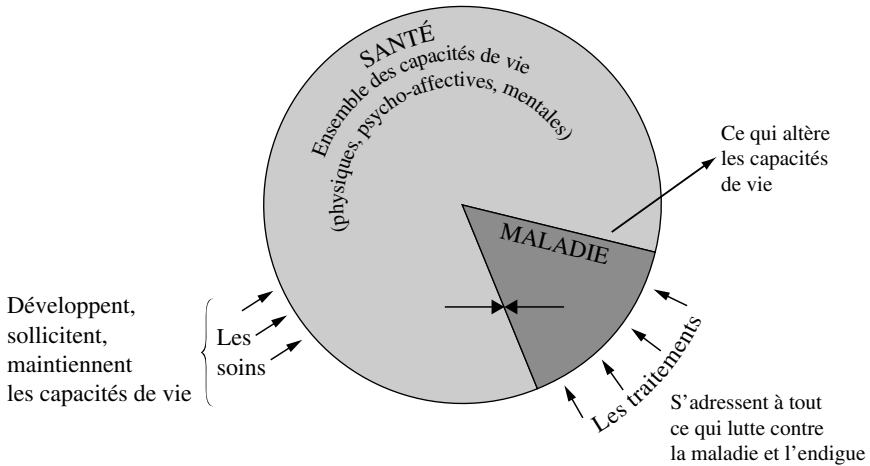
s'instaure un réel *diagnostic de la situation* amenant à des décisions engageant les soins à mettre en œuvre, et servant de base à l'estimation des résultats obtenus par l'action thérapeutique (soins et traitement), compte tenu de l'état de la situation.

— *Incidences pour la personne soignée*

Les incidences de l'élucidation des *manifestations* de la dépendance sont d'offrir des soins adaptés qui répondent à la finalité de ce qu'il est nécessaire de compenser... conforter... stimuler...

C'est sans doute l'occasion de rappeler que les *soins s'adressent à tout ce qui mobilise les capacités de vivre*, tandis que les traitements concernent ce qui lutte contre la maladie, s'efforce de l'endiguer, d'atténuer ses effets organiques, d'en limiter les atteintes. Les traitements peuvent être indispensables, mais ils ne sauraient en aucun cas remplacer les soins, comme cela arrive trop fréquemment. « *Tant qu'il y a de la vie, il y a la santé* » rappelle le proverbe dont le bon sens est par trop ignoré de la rationalité scientifique.

Si l'on essaie de représenter cela schématiquement, on peut se rendre compte que tout ce qui continue à vivre en chaque être humain ne peut se maintenir sans les soins qui apportent de façon permanente leur sollicitation de la vie.



La carence en soins, leur insuffisance, leur inadéquation, affecte de façon déterminante les capacités de vie

Cette élucidation des manifestations fonctionnelles et/ou organiques occasionnant la dépendance en les reliant à plusieurs aspects auxquels elles sont intriquées (le fait d'être homme ou femme... l'âge...) relève directement de la fonction infirmière et engage sa capacité à déterminer la nature des soins à assurer. À partir du discernement de l'aide à apporter ou à faciliter, ces soins peuvent être

- des soins de stimulation
- des soins de compensation

- des soins de maintien et d'entretien de la vie
- des soins de paraître
- des soins d'apaisement
- des soins de relaxation
- des soins de confortation
- des soins d'accompagnement de fin de vie⁵.

Ainsi, si l'on reprend l'exemple d'un homme atteint de la maladie de Parkinson, l'élucidation des manifestations du tremblement en lien avec les nécessités des gestes de la vie quotidienne permettra de déterminer :

- ce qu'il faudra *compenser* comme sa possibilité ou non de pouvoir s'alimenter par lui-même, en fonction de la façon dont se manifeste son tremblement,

- quelle aide technique par rapport aux repas pourrait lui permettre de garder certains gestes courants (assiette adhérente, couverts adaptés, gobelet non verseur...),

- ce qu'il faudra *conforter* pour dépasser la peur de laisser tomber, l'anticipation de la maladresse, mais aussi par rapport à la dévalorisation de l'image de soi,

- ce qu'il faut prendre en compte de ces différents aspects par rapport aux effets du traitement.

On est loin là d'être devant un travail en tâches stéréotypées et répétitives relevant d'une catégorisation hâtive, dont l'observation n'a pas été faite avec rigueur et les constatations non dégagées. Cela fait constamment appel à une compétence de discernement sachant **trouver les liens existant entre plusieurs aspects** afin de déterminer à quoi il faut suppléer... comment favoriser telle réacquisition... ou atténuer l'accélération de quelle perte...⁶

Ce discernement de la nature de la dépendance et de la nature des soins qu'elle détermine permet aussi de *prévenir des aggravations* ou d'en ralentir la survenue, ainsi que de mettre en œuvre des moyens afin de limiter ou d'atténuer les pertes. Parmi ces moyens, l'utilisation des aides techniques réclame la même analyse. Les possibilités d'ajustement et de compensation des aides techniques demeurent encore beaucoup trop méconnues des infirmières.

C'est autour de l'élucidation des manifestations de la dépendance et du discernement de la nature des soins à prodiguer que s'élabore le *projet de soins*, cette analyse permettant d'avoir des repères précis pour engager l'action soignante, suivre l'évolution de la situation en ne perdant pas de vue les retentissements socio-affectifs et occupationnels liés au fait d'être homme ou femme et à l'âge. Elle permet aussi d'avoir des bases pour

évaluer les effets de l'apport des soins en relation avec l'ensemble de la situation en précisant *des repères de temps* déterminés en fonction du profil clinique de la dépendance.

— *Incidences pour les familles de personnes dépendantes et leur entourage*

Cette élucidation de la dépendance permet également d'*identifier la nature de l'aide à apporter aux familles* en percevant le retentissement de telle ou telle fonction perturbée de leurs proches et en discernant avec elles ce qu'elles peuvent assumer par elles-mêmes, ou ne peuvent que partiellement assurer pour des raisons de complexité, mais aussi socio-affectives et culturelles.

Il revient à la compétence infirmière de discerner la nécessité :

d'accompagner
de soutenir
de conforter
ce que fait la famille
de l'initier à ce qu'elle pourrait faire,

mais aussi de saisir les seuils de tolérance affectifs, physiques qui ont besoin d'être pris en considération, compte tenu de l'âge de la personne devenue dépendante, de sa maladie, du lien de parenté, des difficultés liées à l'habitat.

Il revient au travail infirmier de compenser temporairement ce qu'une famille ne peut plus faire, d'être un relais, un intermédiaire pour suppléer à une situation : *soigner c'est accompagner des passages difficiles de la vie*, tant pour les personnes soignées que pour les familles. C'est une finalité de notre profession de permettre de le faire.

Par ailleurs, en faisant apparaître à la famille la finalité des soins, ce qu'ils se proposent d'atteindre, ainsi que la nature de l'aide à apporter en lien avec la manifestation des déficiences, cela précise la raison du temps nécessaire pour y parvenir, justifie le nombre de séances de soins infirmiers. L'explicitation des soins à partir d'une élucidation de la nature de la dépendance et de ce qu'elle entraîne favorise, à partir du projet de soins, une négociation entre la famille et les infirmières/ers, et permet d'éviter des abus, tant de prise en charge ou de passages inconsiderés les dimanches... tout autant que d'envisager la nécessité de réajustement par insuffisance de prise en charge.

DES SITUATIONS INDIVIDUELLES AU DISCERNEMENT DES PERSONNES DÉPENDANTES SUR L'ENSEMBLE D'UN SECTEUR DE SOINS À DOMICILE

La compétence infirmière ne peut pas seulement en rester à l'analyse de situations individuelles. Il est indispensable de connaître sur un secteur donné les caractéristiques dominantes de la population soignée à domicile — que ce soit celle d'un centre de soins, d'un service de maintien à domicile pour personnes âgées, ou celle d'une clientèle de cabinet de groupe —, et d'étudier comment se disperse cette population par sexe, âge et pathologies dominantes, mis en corrélation, mais aussi en fonction d'une topographie de quartier, du relief... ou de telle localisation spécifique. Parmi les caractéristiques de la population soignée à domicile, il convient d'identifier la population de personnes dépendantes et d'en cerner les caractéristiques propres.

Étudier les caractéristiques dominantes d'une population soignée à domicile est un des meilleurs points de départ d'*analyse épidémiologique*, comme ont pu en donner la preuve quelques infirmières rôdées à ce travail⁷. En effet, s'il est parfois nécessaire d'avoir des études complexes en épidémiologie, ces études sont loin des gens du terrain, peu connues, souvent figées dans le temps, peu accessibles et peu parlantes pour les acteurs des soins à domicile, alors que l'analyse d'un ensemble de situations de soins à domicile réalisée sur un secteur donné, à intervalles réguliers, permet de se rendre compte très concrètement de l'*évolution dans la durée* des problèmes rencontrés localement.

Cela demande non de prendre isolément les pathologies, comme c'est presque toujours le cas, ce qui est aucunement significatif en soi, mais de discerner la façon dont

se regroupent	}	les hommes et les femmes ayant tel âge
ou		
se dispersent		
en présentant telle pathologie ou telle diminution fonctionnelle.		

On peut discerner autour de quel âge il y a *fréquence* de telle ou telle pathologie par rapport aux hommes et aux femmes, en repérer le mode⁸, ainsi que la dispersion.

On peut également situer les *âges critiques*, à savoir autour de quels âges apparaît plus particulièrement telle déficience remarquée pour un

nombre donné, ou bien autour de quel âge s'affirme une multiplication des atteintes fonctionnelles témoignant qu'il ne sera aucunement possible de restaurer l'autonomie, mais de soutenir ce qu'il en reste et d'atténuer son accélération. Beaucoup d'illusions se sont installées dans le milieu infirmier en proposant pour objectif de restaurer l'autonomie, sans qu'il y ait analyse rigoureuse de ce qui, dans telle situation donnée, représente la marge d'autonomie qui reste ou qui s'amenuise. Cette volonté de restaurer l'autonomie à tout prix relève de l'idéologie ; elle est illusoire et entraîne de nombreux découragements des soignants, occasionne de l'agressivité par rapport à ceux qui ne peuvent répondre à cette vision fantasmée, déconnectée de faits tangibles qui ne sont pas pris en compte. Laisser entendre qu'il est possible de restaurer l'autonomie à tout prix leurre également les instances financières à qui on laisse entendre que les effets des soins ne sont estimables que s'il y a restauration de la situation ; ce faisant, cela masque les conditions nécessaires pour suppléer à une dépendance irréversible.

Cette lecture de ce qui caractérise les personnes soignées à domicile, lorsqu'elle se fait à un rythme régulier, permet d'avoir la perception du mouvement d'un service dans la durée. Elle permet de repérer des *âges de fragilisation* qui laissent anticiper des débuts de déficience et par là peuvent servir de base au développement d'*actions préventives ciblées*, non pas faites au hasard ou approximativement. Prévention pas seulement individuelle, mais de groupe. Ainsi, des infirmières de soins à domicile ont pu créer des ateliers d'expression autour des troubles de mémoire de personnes âgées après avoir cerné l'apparition de ces troubles et leurs manifestations auprès de la clientèle de personnes qu'elles soignaient pour cette déficience⁹. Comme le souligne le rapport « *Vivre Ensemble* » : « C'est à l'évidence en acceptant de traiter les pertes d'autonomie dès la constatation de leurs premiers signes que l'on peut éviter d'avoir à prendre en charge des dépendances plus lourdes ¹⁰. »

L'étude régulière de la population soignée, et la lecture des constatations qui s'ensuivent servent aussi à :

— *Développer compétence et savoirs* sur des questions dont la complexité demande à être creusée et confrontée à des sources de connaissances différenciées, tant physiologiques que psycho-sociales, juridiques...

— *Mieux organiser la gestion du travail* et en assurer une meilleure répartition en fonction de la charge de travail.

— *Acquérir une capacité d'argumenter* des prises en charge financières, des réévaluations de forfaits en fonction des profils de dépendance et

de la justification de l'action soignante qui en découle. Cette capacité d'argumenter à partir des analyses de la population soignée permet aussi d'*obtenir des subventions pour la réalisation d'actions préventives*, appuyées sur des bases concrètes (voir note 6).

S'il y a nécessité de se servir de ces analyses localement, il est plus que souhaitable de les faire connaître aux responsables de grandes études nationales (sociologues, médecins), car elles pourraient valablement nuancer, voire corriger des généralités inaccessibles. Ces travaux de fournis sont beaucoup trop déconsidérés, quand ce n'est pas totalement ignorés par ceux qui sont dans les grandes instances ; pourtant, c'est là où vivent les gens qu'il faut aller voir de près ce qui se passe, et prendre au sérieux le travail qui s'y réalise, ou qui pourrait s'y réaliser de façon beaucoup plus fructueuse.

Pour terminer, il me semble important de considérer l'écart existant entre :

- le souhait invoqué d'une politique de maintien à domicile, souhait qui représente celui de la majorité des gens,

- et la compression financière qui freine le développement de ce secteur.

Si l'on considère les dépenses « *médicales* » de la France en 1993, la dépense « *des auxiliaires médicaux* » (comprenant infirmières de soins à domicile, kinésithérapeutes, ergothérapeutes) représente un dixième de celle des hôpitaux¹¹. Ces dépenses ne peuvent pas se voir diminuer sans conséquences graves pour le maintien à domicile. S'il est vrai que certains praticiens peu scrupuleux font une utilisation abusive de la nomenclature, cela est rendu possible en raison du manque de rigueur pour déterminer et justifier la nature des soins à opérer. De même, la rigidité du forfait-type (pour les services de maintien à domicile) ne tenant pas compte de la gravité de la dépendance, pas plus que de la nécessité de la discerner à ses débuts pour éviter une accélération des pertes et une installation passive de la dépendance entraîne une utilisation du forfait qui, selon les services, peut être des plus laxistes quant au suivi des personnes en relevant, et à la gestion financière qui en est faite.

De fait, il est illusoire de vouloir diminuer les temps d'hospitalisation, de renvoyer chez elles pour le week-end des personnes gravement atteintes, sans envisager une élévation des dépenses de soins à domicile, d'autant qu'il n'est pas possible d'assurer isolément le seul traitement sans considérer et prendre en compte l'ensemble de la situation de soins, à savoir les conséquences tant médicales que *sociales* de la maladie, et/ou

de la dépendance sur la vie quotidienne des personnes dépendantes et de leur entourage.

Le quota des dépenses de santé pour le maintien à domicile demande à être augmenté si l'on veut être à même de répondre aux besoins réels et prévenir nombre d'hospitalisations et les nombres inconsidérés d'exams. Ceci veut dire que les infirmières/ers de soins à domicile soient garants de ne pas démultiplier des nombres d'actes pour cumuler des tâches stéréotypées et routinières, ce qui n'est aucunement la marque d'une compétence professionnelle, mais qu'ils visent à assurer une meilleure prestation du service de soins à domicile ayant pour assise :

- l'analyse des manifestations des déficiences (diminutions, atteintes fonctionnelles et/ou organiques) augurant, ou entraînant, la dépendance ;

- l'élaboration et la mise en œuvre de projets de soins, à partir de ce discernement, ainsi que l'estimation de leurs effets dans la durée ;

- la coordination des actions entre les différents partenaires concernés, tant au niveau de la famille que de celui des partenaires médico-sociaux.

Cela demande :

- Une reconsidération des soins à l'acte. En tous les cas, *une valorisation au moins égale de l'Acte infirmier de soins (AIS)*¹² qu'il est néfaste de continuer à discréditer par rapport à l'*Acte médical infirmier (AMI)* délégué par le médecin, qui concerne la maladie ou la symptomatologie pathologique. **Toute carence en soins de maintien et de continuité de la vie, ou leur inadéquation, entraîne une aggravation de la dépendance, et instaure des situations quasi létargiques pour les personnes touchées par la dépendance et leur entourage.**

Cela exige que la cotation ne tienne pas uniquement compte du temps passé au domicile (ce qui est aberrant) mais d'un temps nécessaire à l'analyse de situation, y compris la nécessité de chercher et recourir à différentes sources de connaissances. Il est non moins essentiel que la cotation tienne également compte d'un temps indispensable à la liaison et à la coordination. De la même façon, cela exige *une modulation des forfaits de maintien à domicile* en fonction de la gravité de la dépendance, ou à certains moments de crise.

- De *mettre un terme à la démultiplication des personnels de maintien à domicile*, mais au contraire de chercher à refusionner aides-soignantes, aides-ménagères, auxiliaires de vie comme la proposition en avait déjà été faite par l'Union nationale des institutions et œuvres privées sanitaires et sociales (UNIOPSS) dès 1980. Cette multiplicité des personnels entraîne morcellement des tâches et leur dévalorisation, contradiction, accroissement des risques de désorientation des personnes âgées par le trop grand

nombre d'intervenants. Elle coûte beaucoup plus cher qu'il n'en paraît aux organismes payeurs (coûts réels auxquels s'ajoutent nombreux coûts cachés). S'il est grandement question du financement de la dépendance par une « *allocation dépendance* » dont la trésorerie ne relèvera pas de la Sécurité sociale, il serait gravement dommageable de dissocier pour autant les dimensions sanitaires des dimensions sociales des soins à domicile, les unes et les autres étant complètement intriquées. Deux sources de financement ne doivent pas aboutir à une dissociation des services. Cette conception mutilante de la dissociation entre l'action sanitaire et l'action sociale a déjà suffisamment prouvé ses effets nocifs (comme en Protection maternelle et infantile, par exemple), pour qu'on ne soit pas vigilant sur les graves conséquences qu'une séparation des services entraînerait pour maintenir à domicile des gens pour qui les soins de continuité de la vie et les traitements ne sauraient être dissociés. Il revient à la compétence infirmière de fournir une prestation de soins qui en donne la preuve, et de savoir argumenter et faire reconnaître l'apport irremplaçable de soins éclairés.

Développer une telle compétence est loin d'être acquis dans le milieu infirmier en raison du lourd héritage continuant à faire porter aux soins à domicile à la fois les marques du passé de l'assistance et celles d'un exercice libéral qui ne s'est instauré que sur des actes médicaux délégués, sans autonomie de décision pour tout ce qui ne relève pas des traitements. Aussi est-ce en fonction d'un auxilariat médical, qui plus est hospitalier, qu'a été conçue et dispensée la formation, y compris à l'heure actuelle où les modifications de programmes n'entraînent pas pour autant une compétence des infirmières enseignantes dans un domaine où elles ont rarement exercé, ou dont elles n'ont pas analysé la complexité du mode d'exercice au regard des dimensions sanitaires comme socio-culturelles, économiques et juridiques. C'est dire que répondre à la nécessité de développer cette compétence de discernement amenant à des décisions de soins et à leur mise en œuvre en lien avec les traitements prescrits réclame l'accès à des formations qui permettent de maîtriser la diversité des problèmes soulevés en les appréhendant dans leurs différentes dimensions : bio-pathologiques, psycho-affectives, sociologiques, financières, administratives. Cela requiert d'apprendre :

- à discerner autour de quoi se structure ce que l'on découvre dans les situations de soins,
- à développer sa capacité de relier divers aspects interférants,
- à discerner des sources de connaissances appropriées,
- à argumenter ce que l'on constate,

— à savoir communiquer des réalisations et en estimer les incidences économiques.

On est loin là de formations uniquement ciblées sur une maladie (Alzheimer, sida...) ou sur une technique (chimiothérapie) ou sur des catégorisations de diagnostic, ou sur une donnée statistico-financière prise isolément (comme des relevés d'actes).

Ce sont là des formations permettant une ouverture à une vision d'ensemble, tant du milieu familial et du domicile que des caractéristiques socio-démographiques d'un secteur de soins, qu'il soit urbain ou rural. Mais aussi des formations favorisant l'apprentissage de **la structuration de la pensée** autour de ce que l'on découvre pour savoir en dégager des **constatations précises, discerner les liens** autour desquels se structure ce qui pose problème, **nourrir de connaissances appropriées** ce que l'on a découvert comme déficiences et leurs conséquences ainsi que les ressources possibles pour y pallier, en vue de pouvoir orienter l'action à entreprendre et d'en estimer les effets dans la durée.

Les situations de soins sont le reflet de la diversité des situations de la vie. On ne saurait les appréhender avec une batterie de procédures. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe rien sur quoi appuyer sa lecture de ce qui est en jeu... de ce qui se joue. Il demeure des **repères universels** qui se retrouvent dans toutes les situations de soins : ce sont en quelque sorte des pôles autour desquels s'organise la dynamique de la situation.

Ces pôles déterminants se situent :

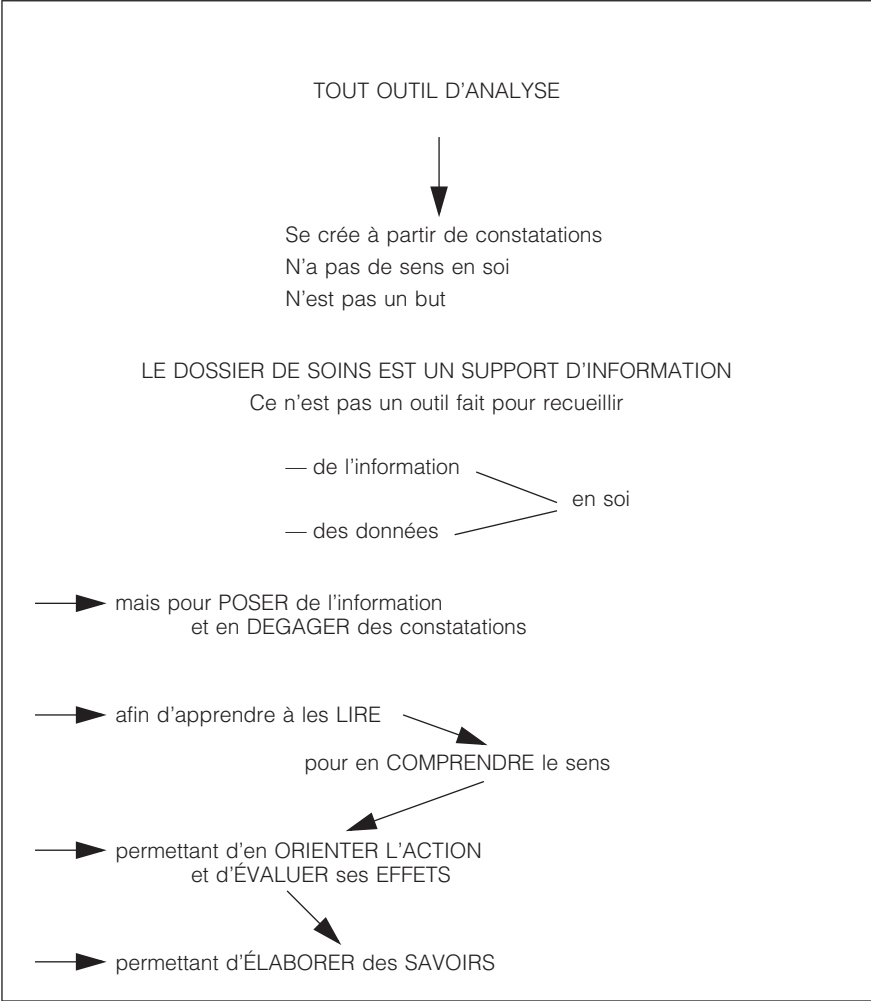
- autour du fait d'être homme ou femme, et de l'âge ;
- autour de ce qui entrave la vie → dans le cas de la maladie, autour de la nature des atteintes et/ou des déficiences qu'elle entraîne ;
- autour de l'environnement social (famille, voisinage) et de l'habitat et son insertion de quartier ou de village.

Aucun de ces repères ne peut être considéré isolément. Ils sont comme les éléments d'un tissage dont il faut apprendre à lire la trame et à la situer dans la durée afin de discerner ce qui peut être réalisé (et ce qui ne le peut pas). Ce ne sont pas des pédagogies d'application ni un listing théorique qui peuvent permettre cela. Pour pouvoir y parvenir, il faut s'être affronté avec la réalité, en avoir étudié la dynamique — ce qui ne peut se faire qu'avec tâtonnements et essais —, et en avoir dégagé des savoirs tant dans l'approche des situations que de connaissances enrichissant les soins.

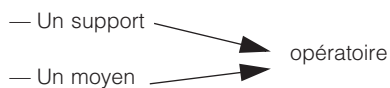
Notes

1. « Les personnes âgées et la solidarité entre les générations », étude présentée par Alain Rozenkier à la Conférence Européenne, Commission des Communautés Européennes, Paris, octobre 1993.
2. *Terminologie des Soins Infirmiers*, fasc. spécial, n° 3, série Soins Infirmiers, *Bulletin Officiel*, n° 86/21 bis, p. 21.
3. Voir au sujet de « Géronte », et d'« Isis » qui a destitué le « Géronte » : M. Clavé, « Le Géronte de la Noue », *Revue de l'Infirmière*, 1982, n° 9, p. 57-61 ; J. Godon, « Après Géronte Isis », *Revue de l'Infirmière*, n° 16, 1984, p. 39-43.
4. Pour plus de développement de cette approche voir « Réflexion sur la pratique infirmière au sein de l'action sanitaire et sociale » (dans ce livre p. 257-268).
5. Voir « Soigner... accompagner les grands passages de la vie » (dans ce livre p. 185-194).
6. Cela représente une des bases fondamentales du travail d'action sanitaire et sociale réalisé par Michèle Pohier et l'équipe infirmière du Centre de Soins de Lille-Sud. Voir Michèle Pohier, *Notre santé, une école de vie*, Lyon, Chronique Sociale, 1992.
7. Voir à ce sujet Danièle Darnault et Anne-Marie Elliautou, « Être malade, âgé ou handicapé et continuer à vivre le quotidien », *Infirmière Enseignante*, n° 2, 1988, p. 19-23.
8. Par mode, il faut entendre en statistique la plus grande densité, la plus grande concentration d'éléments : par exemple autour d'un âge donné, une concentration importante de personnes ayant un diabète, avec des variables d'âge qui peuvent être différentes pour les hommes et les femmes. Il est beaucoup plus significatif pour les situations de soins de repérer le mode/ou les modes que la moyenne. La lecture de la dispersion ou du regroupement de telle ou telle caractéristique autour d'une échelle d'âge, par rapport aux hommes et aux femmes, est très instructive, suscite le questionnement, met souvent sur des pistes d'épidémiologie.
9. Voir à ce sujet le travail réalisé par Anne-Marie Bret et Françoise Coquelin, infirmières de soins à domicile, exerçant à titre libéral à Avignon, autour des personnes présentant des troubles de mémoire.
10. « Vivre ensemble », rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la Commission des Affaires Culturelles Familiales et Sociales sur les personnes âgées dépendantes, par monsieur Jean-Claude Boulard, n° 2135, Assemblée Nationale, seconde session ordinaire de 1990-1991, enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 20 juin 1991.
11. Estimation de la Caisse nationale de Sécurité sociale pour 1993. Transparent présenté à la conférence sur la loi Dépendance le 17 mars 1994 par le docteur Claude Béraud. (Dr Claude Béraud, « La Sécurité c'est bien, en abuser, ça craint », étude de l'Échelon National du service médical (ENSM), Caisse Nationale d'Assurance Maladie, août 1992. Cf. aussi Rapport Moreau, dossier « Maîtrise des dépenses de santé. Les leçons de l'étranger », *Espace Social Européen*, 20 décembre 1991, p. 23-32.)
12. *Les Actes de soins infirmiers* (AIS) sont introduits dans l'arrêté du 29 juillet 1992 portant approbation de la convention nationale des infirmiers par le ministère des Affaires sociales et de l'Intégration (*Journal officiel*, 30 juillet 1992). Cet arrêté stipule un taux de remboursement différent pour les *Actes médicaux infirmiers* (AMI) représentant ce qui concerne les examens et les traitements (15 F) et pour les *Actes de soins infirmiers* (AIS, 14,30 F). Cette différence d'appellation, appelant un remboursement financier différent à la défaveur des AIS, ne figure pas dans l'arrêté du 25 mars 1993 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des infirmiers (*Journal officiel*, 30 mars 1993).

ANNEXE 1. SUPPORT D'ANALYSE ET DE SYNTHÈSE
POUR ÉLUCIDER LES SITUATIONS DE SOINS



LE DOSSIER DE SOIN EST



QUI N'A D'AUTRE FINALITÉ QUE :

- de faire apparaître
- de lire
- de décoder
- de comprendre

} Ce qui constitue
la raison des soins
autour de *QUI* ils ont lieu d'être

EN CE SENS LE DOSSIER DE SOINS PERMET

- d'analyser ce que l'on découvre
- de pouvoir questionner ce que l'on constate

SUPPORT D'ANALYSE DE SITUATION DE SOINS
(dont les soins à domicile)
pouvant être la base d'un dossier de soins

Ce support d'analyse de situations de soins a été élaboré au fur et à mesure d'études de situations de soins étudiées avec des infirmières de soins à domicile, depuis 1971-1972, à partir de leur exercice. Il a été au fur et à mesure amélioré dans sa disposition et ses rubriques en vue de permettre à toute infirmière du service, ou travaillant en collaboration, d'avoir une vue d'ensemble de la situation de soins afin de pouvoir dégager autour de quoi elle se structure pour *comprendre la façon dont se posent* les problèmes tant pour la personne soignée que pour son entourage, ainsi que les facteurs facilitants afin d'envisager les soins à assurer et les modalités pratiques pour y parvenir.

Ce support d'analyse n'a pas été conçu pour stocker de l'information écrite, et encore moins pour remplir des colonnes de façon stéréotypée. Sa disposition mettant en relief les grands pôles référents autour desquels se tissent les éléments qui sont en interrelation dans une situation de soin a été étudiée de façon à faciliter une lecture permettant de **dégager les liens entre les différents aspects à prendre en considération** autour de ce qui pose problème, afin d'en tirer des constatations pour pouvoir élaborer le projet de soins, le situer dans la durée à prendre en compte, et en estimer les bases financières.

L'intérêt de ce moyen est d'inciter à tirer parti de ce que le soignant a pu observer, entendre ou saisir à partir de ce qui pose problème en lui permettant d'interroger ce qui paraît au premier abord banal ou évident, et à l'aide de la visualisation de mettre en interrelation les points qui s'intriquent. Beaucoup de difficultés rencontrées dans les situations de soins — tant pour la personne soignée, son entourage que pour le soignant — viennent de la vision segmentaire et disséquée d'aspects pris isolément. Ce support d'analyse de situations de soins sert de référence pour avoir une estimation des effets des soins en relation avec la façon dont se posent les problèmes requérant une action soignante. Il permet de faire des bilans à des rythmes périodiques pour des situations de longue durée.

Ouverture, flexibilité dans l'approche des situations (sans grille préalable ou modèle préétabli, mais à partir de ce qui est dominant dans la situation) et rigueur de précision pour cerner les faits que l'on découvre progressivement, sont les clés pour une utilisation de ce moyen qui, par ailleurs, se tarira rapidement si l'analyse n'est pas alimentée par des sources de connaissances permettant de mieux comprendre et mieux utiliser ce que l'on découvre.

D'autres moyens de visualisation très simples mais très efficaces peuvent compléter une lecture d'ensemble, comme :

- un moyen de *lecture du temps* marqué par différents événements dans une durée donnée... ;
- un moyen de *lecture de l'espace* : comme un espace de déplacement encore possible par rapport à une diminution de la motricité, par exemple ;
- un moyen permettant de *cerner le réseau social* encore existant... ou en train de se défaire ;
- etc.

Lorsque de tels moyens sont utilisés dans les services, l'argumentation du travail et l'estimation des conditions pour le réaliser devient tout à fait possible, et il est rare qu'elle ne soit pas entendue.

INFORMATIONS GÉNÉRALES		
DATE DE NAISSANCE :	REPRÉSENTATION DE LA FAMILLE : (voir p. 161)	
NATIONALITÉ :		
RELIGION :		
PROFESSION :		
RESSOURCES ÉCONOMIQUES :		
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT :	REPRÉSENTATION DU LOGEMENT :	
Famille :		
Autres personnes :		
Animaux :		
PERSONNES À PRÉVENIR :		
1 ^{ère} raison d'intervention :	Date :	Nom de l'intervenant :
Personnes, services concernés par la situation :		
Noms :	Fonction :	Fonction :

SUPPORT D'ANALYSE DE SITUATION DE SOINS

VOLET 1 Date :

Nom :
Âge :

Qu'est-ce-que je connais de M., Mme, Enfant...
Aspects physiques
Occupation
Désirs
Intérêts

Quelle maladie a-t-il ou handicap a-t-elle ?

Quelles déficiences fonctionnelles découlent de la maladie ou du handicap ?

Familles-voisins
Intervenants sanitaires/sociaux

↓

Quel est son entourage ?

↑

Habitat : environnement

Ce support a pour but de retrouver/poser et faire parler : ce que le soignant découvre : de la personne qu'il soigne ; de la maladie du handicap qu'elle a ; de son entourage. La détermination des soins découle de l'interrelation de ces trois domaines

ANALYSE DE PROBLÈME DE SOINS INFIRMIERS (en lien avec volet 1)					
VOLET 2	Date :	Nom :	Âge :		
Ce que la personne peut faire et/ou Ce que la personne sait faire seule	Ce que la personne peut faire avec aide Laquelle ? Pourquoi ? et/ou Ce que la personne sait faire avec aide Laquelle ? Pourquoi ?	Avec quel traitement ?	Ce que la personne ne peut plus faire et/ou Ce que la personne ne sait plus faire		
— Situer cet ensemble dans le temps — Discerner la dynamique de progression ou de régression du/des problèmes — Discerner la durée, le rythme, la fréquence de la nature de l'aide					

Ce support sert à se rendre compte de tout ce qui demeure comme capacités de la personne pour les mobiliser, et chercher la nature de la compensation et de l'aide à apporter, ainsi que le traitement à suivre

PROJET DE SOINS ET SA MISE EN ACTION (Élaboré à partir des volets 1 et 2) En référence au décret n° 93.345 du 15 mars 1993 relatif à l'exercice de la profession infirmière				
VOLET 3 Date : Nom : Âge :				
Soins d'entretien de la vie Activités de vie à compenser et/ou à stimuler en rapport avec les déficiences (Décret : articles 1 et 2)	Dates	Évolution dans les soins d'entretien de la vie Activités de vie que l'on compense ou stimule en fonction des atteintes	Temps passé au-delà de la cotation	
Soins de réparation — Traitement Décret : Articles 1 et 3		Évolution ou modification de traitement et des soins de réparation		

Ce volet a été réalisé par Michèle Pohier, infirmière responsable du Centre de Soins de Lille-Sud.

PROJET DE SOIN ET SA MISE EN ACTION (suite)				
VOLET 3 (suite)		Date :		
NOM :		Âge :		
Accompagnement de l'entourage Décret (article 1)	Dates	Evolution dans l'accompagnement de l'entourage	Temps passé au-delà de la cotation	
Liens avec l'hôpital, autres intervenants sanitaires et sociaux (Décret (article 9)		Evolution des liens avec les travailleurs médico-sociaux	Temps passé au-delà de la cotation	

ANNEXE 2. BIBLIOGRAPHIE CONCERNANT L'ÉVOLUTION DES SOINS À DOMICILE ET CERTAINES DE LEURS RÉALISATIONS

Barrot Michèle, « Dix-huit ans de mutation des centres de soins 1960-1978 », revue *REPSA*, sept.-oct. 1978, n° 267, p. 355-370.

Barrot Michèle et al., « Des services de soins congréganistes au Mouvement des centres de soins », in *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*, Cahier de l'AMIEC, n° 10, 1988, interview faite par Évelyne Diébolt.

Collière Marie-Françoise, « Une démarche communautaire au sein des centres de soins et au service de la société », in *La démarche communautaire*, compte rendu du Congrès UNACS de Reims les 3 et 4 juin 1978, document interne à l'UNACS.

Collière Marie-Françoise, « Les Soins à domicile : du pain aux "Pauvres Honteux"... à la pénicilline », in *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*, cahier de l'AMIEC, n° 10, 1988.

Guyon Michèle, « Les Centres de soins », *Symbiose. Nouvelle Revue de Santé*, n° 3, février 1979, p. 23-29.

Guyon Michèle, « Les Centres de soins infirmiers », revue *Pour*, n° 78, mai-juin 1981, p. 71-75.

Piessen Catherine et Sessin-Volla Monique, « Quels malades pour l'infirmière à domicile », *Courrier médical*, n° 9, 11/12 1983, p. 535-542.

Pohier Michèle, *Notre santé... une école de vie. Expérience de santé communautaire*, Lyon, Chronique Sociale, 1992, coll. « L'Essentiel ». Michèle Pohier a aussi réalisé une vidéocassette, et une cassette sonore (magnétophone) sur l'expérience de santé communautaire du Centre de soins infirmiers de Lille Sud.

Verspieren Patrick, « Évolution des centres de soins infirmiers », Cahier *Laënnec*, juin 1980, p. 5-13.

Sources de documentation

La revue *REPSA* de l'Association des Religieuses dans les professions de santé.

Les rapports des congrès, assemblées générales et les livres blancs de l'Union nationale des associations centres de soins (UNACS).

La revue *Avenir et Santé* de la Fédération nationale des infirmières/ers (FNI).

La recherche infirmière... un leurre ? ou une réalité exigeante ?*

C'est, semble-t-il, le signe d'une étape importante dans le développement d'une profession que celui d'accéder à la recherche. Si nous nous référons à la profession infirmière en France, le mot « recherche » était complètement insolite jusqu'à ces dix dernières années, et ce, malgré le chemin tracé par les infirmières américaines dans ce domaine. C'est la diffusion du 5^e Rapport OMS du Comité d'experts des soins infirmiers qui commença à frayer la voie à l'idée que la recherche était non seulement

* En 1966, le 5^e Rapport du « Comité OMS d'experts des soins infirmiers » (Rapport technique n° 347) affirmait qu'« *une profession consciente de ses devoirs doit poser des questions qui méritent de susciter des recherches, être disposée à permettre des recherches portant sur son activité et à faire passer dans la pratique les résultats de ces recherches* », et de poursuivre : « *Les soins infirmiers doivent faire partie des sujets de recherche d'un service de santé.* »

La parution de ce 5^e Rapport alléguant, entre autres, la double recommandation de la nécessité d'une formation universitaire pour les infirmières/ers, et de les faire accéder à la recherche, eut un grand impact sur la profession infirmière dans différents pays d'Europe, dont la France (qui venait de débiter à Lyon le premier enseignement universitaire pour les infirmières/ers). Le désir des infirmières/ers d'être initiées à la recherche s'affirma, avec toutes les nouvelles questions qu'il soulevait en même temps. Que fallait-il entendre par recherche ? Quels domaines de recherche avait à développer la profession infirmière ? Que fallait-il entendre par méthodologie de la recherche ? La recherche pouvait-elle se limiter à l'application d'une méthodologie ? Sans oublier la mise en garde que faisait déjà le 5^e Rapport : « *... si l'infirmière est utilisée simplement comme un instrument pour la collecte des données, ou si elle ne montre plus le même intérêt pour la pratique des soins infirmiers, toute à la fierté de "faire" de la recherche* ». Toutes ces questions étaient de plus en plus soulevées au Comité d'entente des écoles d'infirmières depuis les journées pédagogiques de Bordeaux en mars 1971, sur *La Recherche Infirmière*, d'où la publication de cet article dans l'*Infirmière Enseignante*, n° 8, sept.-oct., 1977.

quelque chose de possible et souhaitable, mais qu'elle était recommandée pour le développement des soins infirmiers, et de la profession infirmière.

Une profession consciente de ses devoirs doit poser des questions qui méritent de susciter des recherches, être disposée à permettre des recherches portant sur son activité, et à faire passer dans la pratique l'objet de ses recherches¹.

Cette incitation à la recherche commença à trouver quelques échos dans le public infirmier français grâce entre autres :

— À l'accession du personnel infirmier à *un enseignement supérieur*, c'est-à-dire universitaire².

— Au malaise vécu par les écoles sur le problème de la formation des infirmières, avec l'interrogation qui commençait à naître : *quelles infirmières former ? pour qui ? pour quoi ? comment ?*

En mars 1971, le Comité d'Entente des Écoles d'Infirmières et des Écoles de Cadres de la Région Aquitaine organise des journées sur la *Recherche Infirmière*³, et par là contribue à répandre l'idée, souvent encore vécue comme un fantasme, que la recherche infirmière pouvait devenir une réalité.

LA RECHERCHE INFIRMIÈRE COMMENCE-T-ELLE À DEVENIR RÉALITÉ ?

S'il est certain que le mot est entré dans le vocabulaire courant utilisé par la profession, tout au moins au niveau de centres de formation comme certaines écoles de base et écoles de cadres, est-ce si sûr qu'il soit si répandu au niveau des services, à moins de se référer à la recherche médicale, la seule connue jusqu'alors par les infirmières françaises, tant à l'hôpital qu'en secteur extra-hospitalier ? Et s'il commence à pénétrer sur le terrain de l'exercice professionnel, n'éveille-t-il pas beaucoup de résistance par son aspect menaçant, voire hétéroclite ?

Toutefois, tout laisse à penser que la recherche infirmière, même si elle poursuit un chemin encore insolite et mal aisé, ira en se développant, et ce n'est que souhaitable si elle ne néglige pas une interrogation permanente et concomitante sur le sens, et le pourquoi de ce qu'elle *recherche*. Aussi, c'est au seuil de ces balbutiements de la recherche infirmière en France que nous avons me semble-t-il à nous poser quelques questions fondamentales, nous⁴ qui prenons le risque d'engager la profession vers une voie complexe et difficile tant par l'attitude qu'elle réclame, la démar-

che qu'elle requiert, et les conséquences qu'elle entraînera au niveau peut-être de l'organisation des soins, mais surtout de la **conception des soins** et des **options et choix fondamentaux pour la personne et la société qui découleront de cette ou de ces conceptions, tant pour les usagers des soins que pour les soignants**.

Il semble difficile de sérier les questions par ordre d'importance, ou même chronologique, car la façon d'envisager chacune d'entre elles répercute un ensemble de conséquences sur la recherche infirmière et ses effets. J'aborderai plutôt ces questions en fonction de l'impact qu'elles semblent avoir ou ne pas encore avoir dans le milieu infirmier en ce moment.

LA RECHERCHE ? UNE UTILISATION DE MÉTHODOLOGIE(S) ? OU BIEN D'AVANTAGE ?

Sans même aborder la notion de recherche infirmière il semble que, non seulement au sein de la profession, mais dans de nombreux milieux professionnels, l'on assiste à un grand déploiement de techniques d'investigation qui peuvent contribuer à faire illusion sur la recherche. Il y a bien souvent confusion, quand ce n'est pas réduction de l'initiation à la recherche à l'initiation à la méthodologie. L'utilisation de batteries d'outils d'investigation du genre : observations, questionnaires, entretiens... devient souvent le tout de la recherche, en laissant dans l'ombre ou même en évacuant les questions fondamentales concernant le pourquoi de la recherche, sa signification et son implication pour le chercheur par rapport à l'objet de la recherche ; sa signification et son implication pour ceux qui font ou sont l'objet de la recherche, et pour ceux qui y contribuent ; ses répercussions possibles tant au niveau des personnes qu'au niveau institutionnel. Réduire la recherche à l'acquisition et l'utilisation de méthodologie(s) est un risque d'autant plus grand pour la profession infirmière que les concepts de base sur lesquels devraient s'étayer sa pratique, son identité, sa formation professionnelle : les soins infirmiers ne sont pas clarifiés.

À défaut de rigueur sur des concepts et des théories pouvant servir de base à l'action infirmière, on peut développer *l'illusion d'une rigueur formelle*. « Cette rigueur puise à deux sources. L'une est l'exploitation des données techniques : chiffres, pourcentages, statistiques, qui fondent une présomption de compétence, et fournissent un témoignage sérieux⁵. » L'autre est l'ordonnement méthodologique de l'étude, et particulièrement de la démarche

méthodologique qui constitue en soi l'essentiel du travail. Cette rigueur masque *l'insignifiance de la recherche de compréhension, et d'explication des phénomènes.*

Mais au fait, sommes-nous au clair avec le genre de phénomènes que nous voulons étudier ? par rapport à quoi et en quoi nous concernent-ils ?

Combien de fois n'arrive-t-il pas de voir de jeunes infirmières se lancer tête baissée sur les voies sans issues d'un questionnaire sans savoir ce qu'elles cherchent, pourquoi, à quelles fins elles veulent l'utiliser ? avec qui ? pour qui ? Elles épuisent très vite une énergie précieuse qui n'est pas si étrangère à celle que nous dépensions sans questionnement dans les services...

Ne serait-ce pas là aussi une autre illusion de passer d'une forme d'hyperactivité et hypertechnicité à une autre forme ?

LES INFIRMIÈRES SONT-ELLES AU CLAIR LORSQU'ELLES PARLENT DE RECHERCHE INFIRMIÈRE ?

DOMAINE DE LA RECHERCHE

Une des possibilités d'éviter le risque de verser dans l'utilisation de méthodologies aveugles c'est d'essayer de *clarifier les différents domaines* que peut étudier la recherche infirmière. Cela permettrait peut-être de s'interroger d'abord sur la nature des thèmes, puis des problèmes posés avant d'opter pour une méthode *a priori*, comme c'est si souvent le cas.

Ce qui nuit beaucoup à l'ensemble d'une étude infirmière c'est le manque de clarification :

- des motivations ;
- des buts ;
- des utilisateurs de l'étude ;
- des *mots-clés* porteurs de conceptions, de valeurs, de croyances, ou faisant allusion à des faits très diversifiés.

Souvent un même mot revêt globalement tous ces différents aspects. Ainsi le mot générique « SOINS INFIRMIERS » est utilisé fréquemment de façon indifférenciée pour n'importe quel type d'étude infirmière. Il est porteur en soi de multiples sens qui s'enchevêtrent les uns les autres et dont aucun n'est réellement significatif au départ d'une étude s'il n'y a pas explicitation *de termes*. Ainsi, si cette précision sur les termes au

niveau des conceptions, des valeurs et des faits n'a pas lieu *dès le début du projet d'étude*, une recherche dite « en soins infirmiers » pourra faire référence alternativement, voire concomitamment et indifféremment à une étude portant aussi bien sur : des soins techniques, un processus de soins, une action sanitaire centrée sur une personne, une famille, un groupe ; ou sur l'organisation des soins, le service infirmier, l'organisation du service infirmier ; ou plus large encore : l'exercice professionnel, la profession infirmière en général... (On assiste très souvent à une confusion entre soins infirmiers et profession infirmière.)

Une confusion sur les termes, les motivations, les buts, les utilisateurs d'un projet de recherche rend l'étude non cernable, non limitable, le problème insaisissable et déjoue toute explication des phénomènes, rend aléatoire toute hypothèse.

Pour faciliter la possibilité d'identifier un domaine de la recherche infirmière, Virginia Henderson, après avoir exploré l'éventail des différentes études réalisées aux États-Unis, propose la classification suivante⁶ :

1. Histoire, philosophie — valeurs culturelles.
2. Champ d'exercice professionnel et dynamique des carrières.
3. Les spécialités infirmières en relation avec le champ d'exercice professionnel.
4. Les organisations infirmières, et les organisations où participent des infirmières.
5. L'administration des services infirmiers, à l'hôpital, en dispensaire, en santé publique, dans d'autres établissements.
6. Les soins infirmiers.
7. Les réactions des malades et leur adaptation à des variables identifiées en lien avec leur maladie.
8. Interaction des conduites infirmière-malade, familles de malades, infirmière-médecin, et autres membres de l'équipe de santé (ou de soins).
9. Formation professionnelle.
10. La recherche : financement personnel, aide et méthodes.

Chacune de ces classes comportent elles-mêmes de nombreuses sous-classes⁷.

TYPES DE RECHERCHE

Comme l'a montré l'infirmière canadienne Shirley Stinson dans son article « Puis-je me lancer dans la recherche ? »⁸, la profession infirmière

entretient souvent le mythe que « seule la recherche expérimentale est nécessaire dans le domaine infirmier ». Or, comme pour tout autre discipline ou champ d'activité professionnel, trois types de recherche peuvent être principalement utilisés dans le domaine infirmier.

— **La recherche de type descriptif**, qui se propose une étude des faits pour mettre en évidence, de façon fondée, vérifiable et vérifiée, ce qui se passe dans un domaine et un lieu donnés. C'est un peu une photographie qui permet de situer le plus précisément possible les personnes, les faits, leurs interactions... Ce type de recherche peut ne pas uniquement rendre compte des faits, mais amorcer certaines tentatives d'explications de phénomènes. Dans ce cas elle aboutit souvent à poser des hypothèses qui peuvent elles-mêmes donner lieu à d'autres études.

C'est la méthode qui a été le plus largement utilisée, et qui représente le plus d'intérêt pour un groupe professionnel qui commence à s'interroger sur ce qu'il fait et qui débute dans la recherche. Car avant de tenter des études comparatives ou des études expérimentales, il importe *d'être d'abord bien au clair avec ce qui est et d'apprendre à en rechercher la signification*.

— **La recherche de type historique** est d'une certaine façon une forme de recherche du genre précédent. Elle a pour but de faire le point sur les événements qui ont pu marquer l'évolution soit des soins infirmiers, soit du service infirmier, soit du mode d'exercice professionnel (par exemple : infirmières hospitalières, infirmières visiteuses), soit de la profession en tant qu'entité sociologique.

L'histoire *permet d'établir des liens de signification entre le passé, le présent et l'avenir. Elle permet de construire l'identité* tant du service offert que de la profession. L'histoire marque de son sceau l'existence d'un groupe, elle l'inscrit dans la durée, et témoigne de ce qu'il fait, de ce qu'il offre. L'histoire ne peut pas vivre sans écrits. Une profession qui n'a pas d'écrits n'a pas d'histoire et n'a pas de patrimoine de connaissances.

— **La recherche de type expérimental**. C'est une recherche plus systématique qui pose préalablement un cadre conceptuel. Elle part d'une hypothèse qu'elle se propose de vérifier sur un temps, dans un lieu donné, et après avoir discerné des variables⁹ pour le choix des personnes, des objets, des situations servant à l'expérimentation.

Ce type de recherche, en dehors de vérifications souvent difficiles à réaliser, pose également des problèmes d'éthique. Dans le domaine de recherche en Soins Infirmiers, les infirmières sont confrontées à des problèmes analogues à ceux rencontrés dans la recherche médicale, qui renvoie à l'interrogation fondamentale sur le processus de vie et de mort, et ceci pas seulement dans sa dimension biologique.

LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS : UN GADGET POUR UN POUVOIR INFIRMIER ? OU UNE INTERROGATION FONDAMENTALE SUR LA CONCEPTION ET LE VÉCU DES SOINS INFIRMIERS ?

Être au clair avec le domaine de la recherche infirmière devrait contribuer à *réduire l'ambiguïté sur la recherche en soins infirmiers* à proprement parler. Comme le fait remarquer V. Henderson, le domaine des soins infirmiers est le moins exploré par la recherche infirmière, ainsi que tout ce qui a trait aux réactions des malades et des familles devant la maladie et la mort. Il peut apparaître curieux, voire surprenant, que la recherche infirmière se soit bien davantage intéressée aux problèmes de formation et d'emplois, au personnage de l'« infirmière » plutôt que d'avoir porté son interrogation sur ce qu'elle fait, pourquoi elle le fait ? comment elle le fait ? quel sens a ce qu'elle fait — quel service offre-t-elle à la population ?

Aussi est-ce sans doute un grand espoir d'évolution de la profession infirmière que de voir surgir un intérêt pour ce qui constitue l'essence même de sa raison d'exister : *les soins infirmiers*. C'est le domaine que l'on a le plus besoin d'approfondir, les soins infirmiers étant la pierre angulaire de tout l'édifice professionnel. Toutefois, à l'orée de cette démarche audacieuse, il me semble important de dénoncer trois risques :

- *la prédominance de la méthodologie*, au détriment d'une interrogation sur la conception, la philosophie, le contenu culturel et social des soins infirmiers ;

- *la prédominance de l'interrogation* sur l'objet « soins » et le sujet « soigné » au détriment d'une interrogation sur le vécu des soins tant pour le soigné que pour le soignant ;

- *la recherche en soins infirmiers en soi et pour soi*.

Prédominance de la méthodologie au détriment d'une interrogation sur la conception, la philosophie, le contenu culturel et social des soins infirmiers

Je ne reviendrai pas sur l'aspect méthodologique développé au début de cet article et qui s'applique d'autant plus à la recherche en soins infirmiers que le contenu « soins infirmiers » est imprécis et qu'une certaine rigueur apparente peut masquer la peur réelle et normale d'aborder des problèmes

de vie et de mort, tels que les infirmières ont à les vivre, et auxquels elles se voient confrontées tous les jours, souvent dans un très grand isolement.

Je voudrais dénoncer que le refuge vers la méthodologie sera toujours un risque très grand si en même temps que l'initiation à la méthodologie ***on ne donne pas aux infirmières la possibilité de développer et d'utiliser un contenu de connaissances élargi qui leur permette de comprendre et d'expliquer les phénomènes.***

Que peut bien signifier « *analyser une situation* » si l'analyse ne fait pas apparaître des *signes* dont il faut *décoder les significations*. Mais l'interrogation sur les significations met en jeu différentes hypothèses interprétatives, c'est-à-dire qu'elle fait appel à plusieurs sources de connaissances. Autrement on change de place les morceaux du puzzle sans être capable de trouver d'autres sens.

Jusqu'ici les infirmières ont été soumises à une formation qui puisait à une seule et unique source de connaissance, *la connaissance médicale*, d'où leur méconnaissance de tous les facteurs autres que médicaux pouvant influencer le processus santé-maladie.

Toute recherche en soins infirmiers qui ne puiserait qu'à une seule source d'explication des phénomènes (causalité linéaire) est vouée à l'échec. Toute exploration des besoins de santé-maladie, et des soins qui en découlent requiert une interrogation sur les signes dans plusieurs directions (causalité circulaire). Cela suppose, non seulement d'avoir eu des enseignements dans des domaines aussi variés que la biologie, l'anthropologie, la psychosociologie, la sociologie, l'économie, la démographie..., mais aussi d'avoir appris à les utiliser dans une démarche d'analyse et de synthèse, et à s'en servir pour expliquer ou vérifier des phénomènes.

Toute recherche en soins infirmiers¹⁰ exige donc d'élargir considérablement son champ de connaissance, son ouverture au monde, sans quoi elle encourt de graves risques d'erreur. Cela, explique pourquoi ce sont les pays qui ont un enseignement infirmier universitaire qui ont pu développer la recherche. *L'élaboration de différentes conceptions concernant les soins infirmiers ne peut se faire qu'en puisant à plusieurs sources de connaissances :*

Les compétences qui caractérisent une profession découlent d'un ensemble de connaissances organisées... L'acquisition de la compétence professionnelle requiert donc la maîtrise préalable ou parallèle des fondements théoriques de cette compétence¹¹.

Prédominance de l'interrogation sur l'objet « soins » et le sujet « soigné », au détriment d'une interrogation sur le vécu des soins, tant pour le soigné que pour le soignant

Je voudrais dénoncer ici le risque de ce que j'appellerais « *une recherche aseptique en soins infirmiers* », c'est-à-dire une recherche dont l'intérêt et l'étude ne portent que sur le ou les soins infirmiers eux-mêmes et sur ceux qui les reçoivent, en désimpliquant ceux qui les donnent, en continuant à les penser neutres, en niant l'interaction permanente qui existe entre ceux qui donnent les soins et ceux qui les reçoivent.

J'ose prétendre que ***tant que nous examinerons et questionnerons nos finalités professionnelles sans nous situer par rapport à ces finalités, la recherche en soins infirmiers n'aura pas atteint son but*** qui est de cerner à la fois la nature et ce que l'on appelle très imprécisément la *qualité* des soins en relation avec les problèmes de vie et de mort qui se posent non seulement aux usagers des soins, mais à ceux qui les donnent.

Il me semble que la recherche en soins infirmiers peut connaître le risque de contribuer aussi bien à renforcer des technologies déshumanisantes qu'à entretenir le mirage idéologique des soins centrés sur la personne, des soins valorisant les relations humaines, *si elle ne fait pas porter son interrogation et son analyse à la fois sur le contenu et le vécu des soins, si elle ne prend pas en compte leurs dimensions sociales et institutionnelles tant par rapport à ceux qui les reçoivent qu'à ceux qui les donnent.*

« *Si les individus malades (ou non) ont besoin de soins particuliers, ou d'attention spéciale, comment les infirmières réagissent-elles devant l'expression de ces besoins manifestés par la colère, les plaintes, les pleurs, le refus de collaborer, le sentiment de désespoir et d'impuissance ?* »¹² Qu'ont-elles comme possibilité de réagir ? Se le demandent-elles ?

La recherche en soins infirmiers devrait pouvoir nous aider à *discerner les limites, les seuils de saturation des soins tant pour ceux qui les reçoivent que pour ceux qui les donnent*, et ceci lié à la nature, à la complexité, au nombre, à l'impact émotionnel, à la dépense d'énergie vitale qu'exigent les soins en relation avec les situations.

« *La profession ne s'est jamais demandé s'il est possible pour une infirmière d'être chaleureuse ou même touchée par les centaines de malades dont elle est responsable au cours d'une ou deux semaines* »¹³. » Si l'on arrivait à mieux identifier les seuils de saturation des soins, le personnel infirmier serait plus à même de discerner la nature, le type, le nombre, la complexité des soins supportables par les malades, mais aussi par lui-

même. Par là, il deviendrait plus à même de discerner les conditions opérationnelles de son travail en relation avec des critères de sécurité, d'efficacité, de confort, de sociabilité qui pour le moment sont exigés de lui comme allant de soi, presque comme un dû.

C'est dire que la recherche en soins infirmiers qui ne négligerait pas ou n'évacuerait pas l'analyse du vécu de la situation des soignants contribuerait à rendre la profession davantage responsable de ses propres conditions de travail — mais une question demeure : le désire-t-elle ?

Le risque d'une recherche en soins infirmiers impliquante peut *faire peur* :

— *Peur du chercheur* qui aura tendance à se rabattre facilement sur l'analyse intellectuelle et la démarche méthodologique, s'il n'a pas lui-même analysé ses réactions devant le vécu des soins, et s'il ne cherche pas à être au clair avec le patrimoine de valeurs, de croyances, d'habitudes qui influencent ses options par rapport à la complexité du problème santé-maladie.

— *Peur de ceux auprès de qui, ou « sur » qui sera faite la recherche.* Cette peur sera d'autant plus grande qu'ils s'y sentiront étrangers, jugés et désécurisés par ce que la recherche pourrait mettre en évidence des comportements et des attitudes discordantes avec les idéologies dominantes véhiculées par la profession.

— *Peur de briser les illusions* et les mirages de soins infirmiers centrés sur l'hôpital plutôt que sur le malade, de l'infirmière au service du médecin plutôt que du malade¹⁴.

— *Peur des remises en cause du service offert et des conséquences professionnelles et institutionnelles que cela risque d'entraîner.*

C'est sûr, la recherche en soins infirmiers, si elle n'évacue pas les questions fondamentales liées aux problèmes de vie et de mort de ceux qui reçoivent les soins et de ceux qui les donnent fait peur. Ayons le courage de le dire, et cherchons le courage de la vivre. Si nous osons partager nos peurs, plutôt que de les nier, ce sera plus facile.

DERNIER RISQUE : LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS EN SOI ET POUR SOI

Je ne m'étendrai pas longuement sur cet aspect. Ce risque est très lié aux deux premiers. Plus la recherche en soins infirmiers encourt le risque d'être « aseptisée », et de devenir le fait de chercheurs isolés, plus elle se

targue de « rigueur scientifique » en éliminant des sources d'hypothèses diversifiées, plus il y a risque de cultiver la recherche en soi, d'en faire un domaine élitiste, et de l'utiliser pour exercer son pouvoir. Elle devient alors un privilège exorbitant au service d'un ascendant personnel, ou d'un corporatisme professionnel. *Elle perd alors sa signification fondamentale qui est de contribuer à améliorer le service offert par les professionnels ainsi que les conditions leur permettant de l'offrir.*

Une profession qui a été longuement opprimée peut tomber dans l'illusion de ce genre de pouvoir : un pouvoir centré sur le groupe professionnel et non pas sur ce qu'il peut offrir socialement. C'est ce pouvoir spécialisé et de spécialistes que dénonce H. Laborit dans la *Nouvelle Grille*, ce pouvoir qui élève au sein d'une hiérarchie, mais qui interdit de participer au pouvoir « *politique*¹⁵. » C'est aussi ce pouvoir qui peut se mettre au service de n'importe quel système technocratique et « *peut se trouver dans la position de soutenir des objectifs politiques qui lui sont étrangers, tout en pensant qu'ils sont congruents avec les besoins des usagers des soins, et les valeurs de la profession*¹⁶. »

Il me semble que si l'on a pris conscience des différents risques que peut encourir la recherche en soins infirmiers et que les connaissant on puisse les dépasser, alors la recherche en soins infirmiers est la plus grande chance que puisse se donner la profession pour être au clair avec le service qu'elle offre à la population, mieux discerner les facteurs favorisant ou inhibant ce service, tant pour les usagers que pour le personnel, mieux prendre conscience des implications sociales, économiques et politiques de l'action sanitaire qu'elle engage, et par voie de conséquence trouver davantage son identité.

La recherche infirmière nous offre tout l'éventail de ses possibilités. C'est la voie dans laquelle nous l'engagerons qui lui donnera sa signification et qui orientera son utilisation.

Notes

1. OMS, *Comité d'experts des soins infirmiers*, 5^e Rapport, Genève, 1966, p. 30.
2. Création et ouverture en octobre 1965 de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (EIEIS), rattachée pédagogiquement par convention à l'Université de Lyon.
3. CEEIEC, Région Aquitaine, *La Recherche infirmière*, Journées Pédagogiques, Bordeaux, mars 1971.
4. Quand je dis « nous » je veux dire toutes les infirmières qui de près ou de loin contribuent à développer le goût, le désir et les aptitudes à la recherche, ou participent elles-mêmes directement ou indirectement à la recherche infirmière.
5. J.-D. Bredin, *Les Français au pouvoir*, Paris, Grasset, 1977, p. 146-147.

6. L. Simmons et V. Henderson, *Nursing research. A survey and assessment*, Appleton-Century-Crofts, New York, 1964, p. 71-72.
7. Ce chapitre pourrait faire l'objet d'une traduction (voir note 6).
8. S. Stinson, « Puis-je me lancer dans la recherche ? », *Infirmière Canadienne*, septembre 1973, p. 27.
9. Voir l'étude de la notion de variables dans S. Chater, *Introduction à la recherche infirmière*, OMS, Genève, 1975, p. 17.
10. C'est bien sûr vrai de toute recherche infirmière mais peut-être encore davantage de celle-là, car le risque est plus grand de se fourvoyer.
11. R. Bittensky, « Théorie du service social et pouvoir politique aux États-Unis », *Technique d'Action Sociale*, juin 1977, p. 26.
12. C. M. Norris, « Prises au jeu de nos illusions nous restons à l'écart de l'avancement et du pouvoir », *Infirmière Canadienne*, septembre 1973, p. 39.
13. *Ibid.*, p. 37.
14. *Ibid.*, p. 39.
15. H. Laborit, *La Nouvelle grille*, Paris, Ed. Laffont, 1974. Ce mot est en italique et entre guillemets dans le texte.
16. R. Bittensky, *op. cit.*

Formation-action des infirmières à la santé publique et à la santé communautaire*

Si la fonction infirmière est de soigner, c'est-à-dire de stimuler les capacités d'être, et de contribuer à développer le pouvoir d'exister, la formation professionnelle n'a de signification que si elle permet aux infirmières d'acquérir une meilleure compréhension des difficultés liées aux problèmes physiques, psycho-affectifs, sociaux et économiques rencontrés par les gens dans leur vie quotidienne qui affectent leur santé. Cette compréhension de ce qui pose problème permet de chercher avec les gens ce qui les amène à atténuer, à compenser ou à dépasser leurs difficultés. Cette approche de ce qui influence la santé et la maladie se découvre par une formation-action qui ne part pas de mesures ou règles à appliquer, ni de conseils à donner, mais d'un partage de savoirs mis en œuvre entre les gens concernés et les infirmières. Ce partage de savoirs n'est pas forcément aisé à découvrir lorsqu'on a hérité de principes à inculquer.

Le mouvement de professionnalisation des infirmières et gardes-malades a été rapidement enclavé dans les hôpitaux à la fin du XIX^e siècle. Aussi la nécessité d'une formation en santé publique pour les gardes-malades et infirmières ne s'est réellement fait sentir qu'à la suite des désastres laissés par la guerre de 1914-1918.

C'est l'impérieuse nécessité de lutter contre les fléaux sociaux de la mortalité infantile et des maladies contagieuses qui a été à l'origine de la formation des infirmières visiteuses de l'enfance et de la tuberculose, impulsée par les infirmières américaines en 1917-1918 à partir des régions dévastées de France.

* Communication présentée au congrès de la Société française d'hygiène, de médecine sociale et de génie sanitaire des 15, 16 et 17 octobre 1986 à Paris, ayant pour thème « La santé publique : pratiques et formation ».

En 1938, les infirmières visiteuses ne pouvant dissocier l'impact social de la lutte contre la maladie se scindent des infirmières hospitalières pour rejoindre le corps des assistantes sociales. À la veille de la deuxième guerre mondiale, l'orientation de la profession infirmière s'est plus que jamais centrée sur celle de l'hôpital, que le développement technologique axait de plus en plus sur les traitements des maladies. C'est dire que la santé publique n'était pas la préoccupation de la profession infirmière.

Il faut attendre l'ouverture de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur pour que le souci de préparer des infirmières à introduire dans leur travail une dimension de santé publique, vivement encouragé par l'Organisation Mondiale de la Santé, commence à se réaffirmer.

Pour avoir impulsé à nouveau cette conception au sein de la profession infirmière, je peux évoquer la progression, mais aussi les orientations, les réalisations et aboutissements, les obstacles et les difficultés rencontrées.

ÉTAPES D'UNE SENSIBILISATION À LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LA FORMATION DES INFIRMIÈRES

Ces étapes ont débuté à l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur¹ qui offrit une formation universitaire ancrée dans le domaine des sciences sociales et créa une option de soins infirmiers de santé publique, dans le cadre du Diplôme universitaire d'enseignement infirmier supérieur (DUEIS) puis de la maîtrise (MSTSS) dont bénéficièrent les infirmières travaillant en milieu extra-hospitalier, alors que jusque-là toute infirmière exerçant sa profession en dehors du milieu hospitalier ne pouvait accéder à aucune formation correspondant à ce mode d'exercice professionnel (que ce soit en école de base, de cadres ou en formation spécialisée).

À partir de ce que j'ai développé à l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur dans le cadre de la formation universitaire, en m'inspirant d'une approche socio-anthropologique, j'ai été sollicitée pour donner une initiation à la santé publique dans plusieurs écoles de cadres. Très vite je me suis rendu compte de l'impossibilité d'imaginer d'autres représentations de la santé que celle de l'hôpital s'il n'était pas donné aux infirmières d'apprendre à découvrir et à connaître différents milieux de vie où les gens, de toute classe sociale, peuvent rencontrer des difficultés et problèmes affectant leur santé. C'est ce qui m'a amenée à créer en 1970 la session « Santé et milieu de vie » se déroulant au minimum sur une semaine.

Parallèlement un travail impulsé par M.-L. Badouaille² s'est fait à l'École de cadres de la Croix-Rouge en vue de créer une formation cadre infirmier de santé publique. Mis en place dans cette école dès 1970, le diplôme fut juridiquement reconnu en 1973 (décret du 7 août 1973).

Ces deux principales impulsions influencèrent les travaux de réflexion du Comité d'entente des écoles d'infirmières et des écoles de cadres mis en place par M.-T. Bonsart³ dès 1968 afin de repenser la formation des infirmières. Elles servirent à inspirer le « nouveau » programme des écoles d'infirmières de septembre 1972 en faisant débiter la formation par un ensemble d'activités visant à découvrir l'homme dans son environnement et à appréhender la notion de santé. Cette nouvelle optique ne s'introduisit pas sans heurts et difficultés au sein des écoles. Progressivement, elle permit une véritable transformation de la formation des infirmières, exprimée dans le programme du 12 avril 1979. À cette date, la première année de formation devint totalement consacrée à la découverte de l'homme sain dans différents milieux en tenant compte des différents âges de la vie.

Toutefois, l'impulsion donnée par les écoles de base aurait eu des effets très limités si les professionnelles en exercice ne trouvaient à enrichir leur pratique de nouvelles perspectives, de nouvelles façons d'aborder les problèmes de santé. Ce fut là l'objet de la formation permanente. Depuis qu'en 1969 l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur initia les débuts d'une formation permanente infirmière qui se singularisait des cours de perfectionnement médicaux, tout un ensemble de sessions, de journées de formation ont été mises en place par différentes associations et organismes professionnels. Parmi ces formations plusieurs visèrent à initier des infirmières du secteur extra-hospitalier mais aussi hospitalier, *a fortiori* des infirmières enseignantes, à la santé publique, puis aux soins de santé primaires et à la santé communautaire.

Trois genres de sessions ont particulièrement permis cela :

— Les sessions « *Santé et milieu de vie* » cherchant à faire découvrir, en se rendant directement sur le terrain, les facteurs pouvant influencer la santé et la maladie des gens dans différents milieux de vie. Elles ont été reprises et continuées par plusieurs écoles de cadres, le Comité d'entente des écoles d'infirmières et d'autres organismes professionnels.

— Les sessions de « *Sensibilisation aux soins infirmiers de santé publique* », puis aux soins de santé communautaire, offertes aux infirmières exerçant tant dans le secteur extra-hospitalier qu'hospitalier, ainsi qu'aux infirmières enseignantes. Elles visent à comprendre les conditions de vie d'un milieu donné, à savoir utiliser l'approche de santé publique dans son exercice professionnel en vue de découvrir les capacités et les

ressources des gens pour appréhender *avec eux* les problèmes touchant à leur santé.

— Les sessions « *Soins infirmiers à domicile* » que j’ai créées en 1976 avec Michèle Barrot⁴ et les usagers des centres de soins, sessions qui ont largement contribué à affermir le mouvement de santé communautaire amorcé dès 1970 par les infirmières religieuses, puis laïques, et les usagers des soins.

ORIENTATION DE LA FORMATION

Il y a plusieurs façons de former à la santé publique. Parmi celles-ci, il demeure une façon fort répandue qui part de définitions, de normes, de principes rationnels qu’au nom d’une profession nourrie de préceptes scientifiques on cherche à enseigner, inculquer, en éduquant les gens, en un mot l’on professe en leur désignant ce qui est bon ou mauvais.

Une tout autre approche est de faire résonner — non raisonner — le sens originel du terme « *santé* », c’est-à-dire ce qui fait exister, tout ce qui contribue à permettre de vivre, et de le mettre en relation avec le terme *public(que)* qui représente l’immense diversité des gens pénétrés de la culture de leur milieu de vie, de leur groupe d’appartenance.

Former à la santé publique, c’est concrètement s’interroger sur ce qui fait vivre et ce qui fait mourir bien au-delà de l’intégrité biologique, c’est se rendre compte et chercher avec les gens les conditions matérielles, mais aussi affectives, sociales et économiques indispensables pour qu’en fonction de leurs croyances et de leur culture ils développent leur possibilité de vivre.

Comme la fonction infirmière est de soigner au sens plénier du mot, c’est-à-dire de stimuler les capacités d’être, de contribuer à développer le pouvoir d’exister, ce pouvoir d’être reconnu, d’affirmer sa vie jusqu’au seuil de la mort, elle est directement concernée par ce qui contribue au développement de la santé.

Ceci implique de dépasser les idéologies de bienfaisance, d’aide aux indigents et aux paumés, d’éducation du « peuple » et des marginaux, qui ont été les mobiles dominants de l’action sanitaire durant des décennies, au détriment de la mobilisation des savoirs des gens et de leur capacité à les utiliser, à les compléter et à les développer.

BUTS DE LA FORMATION À LA SANTÉ PUBLIQUE

Dans cet esprit les buts de la formation visent à préparer les infirmières :

— À se rendre proches des gens, ce qui veut dire oser les rencontrer en dehors des institutions sanitaires, et apprendre à découvrir la diversité de leurs croyances et de leur culture dans leurs différents milieux de vie et groupes sociaux :

- milieu familial : le domicile, la résidence ;
- milieu du travail : travail rural, industriel, commercial ;
- milieu scolaire : travail des enfants, des enseignants ;
- autres milieux.

— A travailler avec les personnes et les groupes, pas à leur encontre, ni sur eux.

Ceci veut dire :

— D'apprendre à écouter et à comprendre les propos exprimés par les personnes, les familles, ou les groupes, à partir de leur langage propre.

— D'apprendre à discerner les problèmes qui se posent à elles à partir de leurs préoccupations ou des difficultés qu'elles rencontrent.

— D'apprendre à saisir la nature et la fréquence de problèmes rencontrés à partir de situations individuelles.

— D'apprendre à construire avec les personnes concernées des projets d'auto-éducation, ou d'action sanitaire participative qui partent de leurs constatactions.

— De travailler en action concertée avec d'autres acteurs sociaux : professionnels de la santé, mais aussi enseignants, chefs de personnel, élus locaux, etc.

Cela requiert :

— D'apprendre à dépasser les frontières entretenues entre les strates professionnelles hiérarchisées, et à reconnaître la compétence et la valeur sociale des personnes exerçant d'autres professions.

— D'apprendre à évaluer non seulement le coût mais aussi les incidences économiques d'actions sanitaires, d'en apprécier le financement en relation avec les effets économiques de leurs résultats.

Ceci veut dire :

— Apprendre à faire apparaître la nature de problèmes sanitaires constatés pour en étudier le coût en temps, en personnel et en moyens d'équipement.

— Apprendre à argumenter et à prouver les effets de l'action entreprise à partir des constatations faites au départ.

RÉALISATION DE LA FORMATION

La formation que j'ai cherché à mettre en place est essentiellement basée sur les faits concrets de la réalité quotidienne auxquels s'affrontent les gens. Ce sont ces faits qu'il importe d'apprendre à lire pour discerner à partir des signes ce qui pose problème, en comprenant que *les signes d'un problème sanitaire ne sont pas le problème*, ce qui est la plupart du temps confondu. Comme l'iceberg, le problème est en-deçà des signes.

Par ailleurs, constatant les effets non durables des actions systématiques (qui peuvent parfois trouver épisodiquement une raison d'être dans une situation d'urgence) ou ayant pu fréquemment m'apercevoir de la fiabilité illusoire des batteries de questionnaires dont la forme et le langage laissent échapper le plus souvent les préoccupations les plus fondamentales des gens, il m'a paru nécessaire que la formation en santé publique, *a fortiori* de santé communautaire, se fasse essentiellement à partir :

- d'une approche anthropologique,
- d'analyses de situation,
- de l'épidémiologie de terrain,
- de la recherche-action.

L'APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE⁵

C'est se rapprocher des gens, en apprenant d'eux avant de proposer le moindre conseil.

C'est apprendre à apprendre.

C'est apprendre à comprendre leurs coutumes, leurs façons de faire, leurs croyances.

C'est apprendre à partir de leurs savoirs.

C'est apprendre à utiliser ces savoirs, mais aussi à les enrichir.

C'est apprendre à connaître leurs outils (au sens anthropologique du mot), par exemple les outils de préparation du repas, à savoir non seulement s'intéresser aux aliments, mais aux moyens de les préparer, de les conserver, etc.

C'est apprendre à voir et à utiliser leurs ressources, non seulement économiques mais aussi sociales et affectives, à discerner leurs capacités créatives.

L'ANALYSE DE SITUATION⁶

C'est apprendre à faire parler ce que l'on a découvert au cours des rencontres et des entretiens.

C'est apprendre à comprendre les représentations symboliques des gens à partir de ce qui leur pose problème.

C'est puiser à d'autres sources de connaissances pour éclairer le problème : connaissances très diversifiées, biologiques, psycho-sociales, sociologiques, économiques, aussi différentes que : le stress, le chômage des jeunes, les relations à l'espace, les phénomènes de deuil, de perte, de rites de passage, d'image de soi, d'identité.

C'est comprendre que c'est dans la situation que se trouve le fil conducteur du problème, qui ne peut se délier qu'en tissant des liens de complémentarité avec l'extérieur.

ÉPIDÉMIOLOGIE DE TERRAIN

C'est à partir des situations individuelles analysées, que peuvent non seulement se construire des projets individuels mais qu'ils débouchent sur des dimensions de groupe.

Ceci suppose d'apprendre à repérer des fréquences à partir de constatations individuelles en faisant parler les variables de sexe, d'âge, de travail, de logement. Il est ainsi possible de cerner non des groupes à risques, mais les risques que peut connaître tel ou tel groupe afin de chercher avec eux comment atténuer, diminuer, voire éviter le risque.

Exemple : À partir de traitements d'antasthène et autres remontants des infirmières de soins à domicile ont pu faire apparaître la fréquence répétitive de ces traitements prescrits à des femmes, ayant élevé leurs enfants, demeurant seule à la maison, dans certains quartiers. Le désœuvrement et le désintérêt de ces femmes ont pu être l'objet d'une action de quartier. L'action sanitaire consiste souvent à recréer des motivations, à tisser un réseau social effrité ou inexistant.

LA RECHERCHE-ACTION

Elle est l'aboutissement de ce qui précède. Elle part des constatations faites avec les gens pour chercher avec eux comment résoudre le problème

qui se pose à eux. Elle procède de tâtonnements, d'essais et de réajustements en fonction de la nature du problème et des difficultés qu'il pose. La recherche-action rend les usagers acteurs directs de la recherche. Elle peut se réaliser dans tous les milieux.

ACQUIS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS AVANT ET EN COURS DE FORMATION

AVANT LA FORMATION

Les difficultés rencontrées ont été, et demeurent encore souvent :

- pouvoir obtenir un congé-formation, surtout si la demande vient d'infirmières hospitalières ;
- pouvoir se libérer, être suffisamment nombreuses pour compenser une absence d'une semaine dans les petites équipes (comme celles du secteur extra-hospitalier) ;
- pouvoir obtenir un financement-formation pour les organismes de moins de 10 salariés ;
- avoir le soutien et l'intérêt d'une équipe ;
- oser appréhender de découvrir de nouvelles dimensions de l'exercice professionnel ;
- quitter sa famille pendant une semaine, surtout pour les mères de famille ayant de jeunes enfants.

DURANT LA FORMATION

Les difficultés de ce genre de formation sont de tout autre nature que celles rencontrées dans un enseignement didactique. Ici la formation vise à utiliser la même approche que celle que les infirmières découvriront avec les gens. C'est une auto-formation où le groupe sert de support à ce que chacun découvre et construit à partir de sa propre démarche. L'ensemble constitue le patrimoine du groupe qui devient lieu de ressources et de savoirs. Dans cette optique les difficultés ne sont pas tant un obstacle qu'un moteur. Leur élucidation motive et dynamise celles qui s'y affrontent, développe leurs capacités et nourrit un sentiment de valorisation de l'être qui ne saurait être confondu avec un vernis extérieur.

Les difficultés se situent surtout au début de la formation, on en voit beaucoup se résoudre ou se dépasser en cours de formation.

— La plus grande difficulté me paraît être de se rapprocher des gens, d'oser rentrer en contact avec eux dans des milieux de vie inconnus de l'exercice professionnel. Quitter l'hôpital, ou l'école pour les infirmières enseignantes suscite beaucoup de crainte et relève parfois d'un acte héroïque. Pourtant, c'est fondamentalement là que se situe toute amorce de santé publique et *a fortiori* de santé communautaire.

— Difficulté de savoir comprendre et organiser les informations à partir de la découverte des gens, à partir des constatations qui demandent à être nommées autrement que sous forme anecdotique.

— Difficulté de faire des liens entre différents aspects d'une situation.

— Difficulté de se distancer de l'aide et du conseil... de ne pas rester centré sur les conduites et les comportements avec un regard culpabilisant.

— Difficulté de tomber dans des interprétations hâtives par insuffisance de connaissances pour comprendre la dynamique des phénomènes de vie dans leurs dimensions culturelle, sociale, économique et politique.

— Difficulté de positiver les acquis, les ressources, les réalisations.

— Difficulté d'un apprentissage de relations de parité avec les usagers des soins, mais aussi avec les différents partenaires sociaux, car cela renverse le vécu habituel d'un système de relation dominant-dominé, et modifie non seulement les rapports de pouvoir mais la nature même de ces pouvoirs.

— Difficulté d'apprendre à insérer l'action sanitaire et sociale dans un temps qui ne relève plus de « *l'ici et maintenant* », ou d'une durée illimitée, comme c'est habituellement le cas. Apprendre à faire une lecture du temps demeure souvent un handicap. Les formations en plusieurs séquences permettent une maturation progressive, facilitent le recul et la réflexion nécessaires à l'auto-transformation et au développement de ses capacités.

EFFETS DE LA FORMATION À LA SANTÉ PUBLIQUE DANS L'EXERCICE PROFESSIONNEL DES INFIRMIÈRES — OBSTACLES RENCONTRÉS

La formation des infirmières à la santé publique a permis pour nombre d'entre elles de mettre en œuvre des micro-réalisations locales d'action sanitaire de grande pertinence et d'envergure souvent insoupçonnée.

Actions menées tant par des infirmières de services de soins à domicile que des infirmières puéricultrices de service familial de secteur, des infirmières scolaires, des infirmières travaillant en hospices, et résidences de personnes âgées. Actions suscitées à partir de constatations faites par les infirmières et réalisées avec les intéressés : jeunes de quartiers suburbains, mères de familles isolées, personnes âgées... Actions souvent méconnues parce qu'elles ne font pas l'objet de grandes campagnes et qu'elles collent à la réalité quotidienne.

Qu'elles partent de la constatation

- de maladies sexuellement transmissibles,
 - de séries de traitements indiquant des carences alimentaires,
 - de logements insalubres,
 - de diminutions fonctionnelles qui frappent les personnes âgées, comme celles de la marche, de la vue...,
 - de dépressions de mère de famille,
 - de troubles du langage chez les jeunes enfants,
- leur point commun est de cheminer avec les gens à partir de leurs préoccupations et des difficultés qu'ils rencontrent en vue de leur permettre de les dépasser ou de les compenser.

Toutefois, le sérieux d'un travail qui part de la partie plongeante de l'iceberg reste souvent ignoré quand ce n'est pas méprisé, voire réprouvé par différentes instances médico-administratives.

Les obstacles rencontrés pour mener à bien ces actions de santé ou les affermir résident dans la difficulté :

- d'évaluer des risques encourus par des groupes *sans en faire des groupes à risques*, devenant alors cible de contrôle et de tutelle sanitaire ;
- d'acquérir une maîtrise suffisante de l'analyse de situation et pouvoir expliciter auprès d'instances administratives, économiques, politiques les problèmes tels qu'ils apparaissent sur le terrain ;
- de mener à la fois ces actions sur le terrain et de devoir faire de longs rapports administratifs pour les justifier ;
- d'avoir un mode de remboursement à l'acte pour les infirmières de soins à domicile, remboursement qui ignore le coût réel du temps passé à l'écoute, à l'identification du/des problèmes, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'un projet d'action sanitaire ;
- de réussir difficilement à faire valoir ces actions préventives dans les normes peu flexibles de la budgétisation ;
- de n'avoir aucun financement pour le temps de réflexion, de l'analyse en équipe, pas plus que pour un temps de concertation avec les dif-

férents acteurs sociaux, tandis que des programmes d'action éducative décidés arbitrairement peuvent souvent trouver plus aisément des moyens de financement ;

— de se heurter à la multiplicité des travailleurs sanitaires et sociaux et à la hiérarchisation sociale entre les professions de santé qui rendent très lourde l'action concertée ;

— de se heurter aux enjeux économiques et politiques d'instances de tutelle ;

— d'assurer la continuité des actions entreprises avec les usagers et de réajuster des projets au fur et à mesure des réalisations.

En résumé, la formation des infirmières à la santé publique et à la santé communautaire, si elle sait prendre du recul par rapport aux idéologies par trop professionnelles, ou normatives, ouvre les horizons d'une compréhension élargie de la nature des préoccupations et problèmes socio-sanitaires rencontrés par les gens en relation avec leur milieu de vie et leur insertion dans le temps.

Comme le disait Georges Dumézil : « Il faut s'attaquer aux problèmes déjà posés en cherchant comment ils se posent, plutôt que de chercher à en résoudre de tout faits. »

Notes

1. La première formation universitaire pour les infirmières fut créée dans le cadre de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, conventionnée avec la faculté des lettres et sciences humaines de l'université de Lyon, en 1965. Elle fut ouverte d'emblée tant aux infirmières hospitalières qu'aux infirmières du secteur extra-hospitalier.

2. Marie-Louise Badouaille, maîtrise en science infirmière à Wayne State University, Michigan (États-Unis), succéda à Jane Martin en 1964 comme directrice de l'École de cadres de la Croix-Rouge, à Paris. L'étude pour une formation cadre infirmier de santé publique débuta en 1969. Le décret en instaurant le diplôme parut en 1973.

3. Marie-Thérèse Bonsart, diplôme d'enseignement infirmier supérieur de Lyon, présidente du Comité d'entente des écoles d'infirmières et de cadre de 1965 à 1971. Durant son mandat la profession infirmière connut un grand essor auquel elle contribua beaucoup.

4. Michèle Barrot, infirmière, Petite Sœur de l'Assomption, fut nommée en 1971 responsable de la Commission nationale des soins à domicile du Regroupement des religieuses des professions de santé (REPSA). Elle acquiert en 1973 une formation de soins infirmiers de santé publique à l'École d'infirmières du Bon Secours à Genève. Elle fut l'une des principales actrices du mouvement national des centres de soins, contribuant à leur donner une impulsion socio-politique. La formation de soins à domicile a affermi la réflexion et

les lignes d'orientation de ce mouvement qui fut précurseur de la démarche communautaire en France.

5. Voir « De l'utilisation de l'anthropologie pour aborder les situations de soins » (inclus dans cet ouvrage).

6. Voir « Réflexion sur la pratique infirmière au sein de l'action sanitaire et sociale », plus particulièrement « La démarche d'analyse de situation », p. 257-268.

Bibliographie

Livres

Crozier M. et Friedberg E., *L'Acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

Desroche H., *Le Projet coopératif*, Paris, Éd. Ouvrières, 1976.

Dubos R., *Mirage de la santé*, Paris, Denoël, 1961.

Dubos R., *L'Homme et l'adaptation au milieu*, Paris, Payot, 1973.

Kohn R., *Les Enjeux de l'observation*, Paris, PUF, 1982.

Loux F., *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, InterEditions, 1982.

Salberg J.-F. et Welsh-Bonnard S., *Action communautaire, une introduction*, Paris, Éd. Ouvrières, 1970.

Revues et articles

AMIEC, « Santé et milieu de vie », Cahier n° 4, 1977.

Charlot B., « Dis-moi ce que tu comprends, je te dirai ce que tu es. Apprentissage, pouvoir et rapport au savoir », *Éducation Permanente*, n° 47, 1979.

Colliere M.-F., « Les Soins de santé primaires... Une expression à la mode ? ou une option sociale économique et politique ? », (inclus dans cet ouvrage).

De Smedt M., « Edgar Morin sociologue et philosophe. Propos recueillis par Marc de Smedt sur la méthode », *Psychologie*, 1980 : 9-13.

OMS, « Les Services infirmiers des collectivités », Série des rapports techniques, Genève, n° 558, 1974.

De l'intérêt des formations universitaires pour les soins infirmiers*

« En quoi l'Université peut-elle enrichir les soins infirmiers ? » est une question qui au premier abord peut sembler paradoxale si l'on considère que *soigner demeure fondamentalement un fait de la vie quotidienne*.

Pour aborder cette question je proposerai trois axes de réflexion pouvant éclairer les orientations de notre profession, à savoir :

- une interrogation sur la dialectique des savoirs et des pouvoirs ;
- un questionnement sur l'utilisation des disciplines universitaires au profit des soins, dont les soins infirmiers ;
- une réflexion sur les stratégies à considérer.

* Cette communication a été donnée au Colloque international « *Compétence et cohésion du service infirmier* » qui s'est tenu à Bron les 4, 5 et 6 juin 1986. Organisé par les Amis de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (AMIEC) pour célébrer le 20^e anniversaire de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, ce colloque ouvert par Guy Journet, maître de conférence à l'Université Lyon II, alors président de l'AMIEC, réunit 500 infirmières et infirmiers autour de collègues venus de France et de l'étranger (Belgique, Canada, Danemark, Gabon, Grande-Bretagne, Israël) qui partagèrent leur réflexion autour de deux thèmes majeurs : l'impact des formations continues et universitaires, et la représentativité du groupe professionnel par ses associations. Le rapport du Colloque a paru au Centurion, dans la collection « *Infirmières d'aujourd'hui* », sous le titre *Les Infirmières construisent leur avenir*, actes du Colloque « *Compétence et cohésion du service infirmier* », 1987.

INTERROGATIONS SUR LA DIALECTIQUE DES SAVOIRS ET DES POUVOIRS

Il me semble que par moments la compréhension de faits nous échappe parce que nous ne les voyons pas avec des dimensions suffisamment larges. Aussi est-ce en s'inspirant du regard pluriel situé dans la longue durée de Fernand Braudel qu'il m'apparaît nécessaire de s'interroger sur les effets de formations universitaires sur les pratiques de soins.

Soigner est par excellence l'expression de pratiques quotidiennes, indispensables à la vie. Depuis les temps les plus reculés, les pratiques de soins ont généré des savoirs, savoirs transmis et communiqués par les mains et la parole. Parole de l'oralité, parole des praticiens et des guérisseurs qui est tout à fait une autre parole que celle de l'enseignement et de l'instruction. Parole existentielle — comme m'a permis de le découvrir davantage Jérôme M'Ba Bitome¹, à l'occasion de son mémoire sur les pratiques des guérisseurs. Parole qui ne confisque pas la parole de l'autre, qui ne propose rien avant d'avoir laissé exprimer. Parole qui appelle à la vie.

Partout, dans tous les lieux habités par les hommes, s'est créée une immense diversité de pratiques soignantes qui, à leur tour, se sont forgées en savoirs acquis par l'expérience, expérience des praticiens, transmise de génération en génération depuis des siècles et des siècles... jusqu'au jour où les représentations symboliques de la pensée mythique annoncent l'écriture.

L'Université est le prolongement du *Temple*. Or, le temple est le lieu de regroupement des savoirs écrits, savoirs consignés sur les tables et les papyrus, gardés dans le Saint des Saints. Transcrits et interprétés par les prêtres et les clercs, les savoirs du peuple se ritualisent, se codifient, s'érigent en doctrine. À l'ombre du temple, dans le sillage des prêtres et des clercs naissent les premières écoles de médecine et les facultés de droit qui, nourries des *savoirs empiriques*, décident des *savoirs orthodoxes*, font prévaloir le droit écrit sur le droit coutumier.

Ainsi commence à se creuser le fossé entre l'immense diversité et la mouvance des savoirs populaires, issus des pratiques quotidiennes, et les *savoirs doctes* des écrits. Écoles et facultés deviennent les *lieux de l'enseignement*, les lieux où, nourris de l'écriture, *professent* les gens doctes, transmettant par *l'instruction* les savoirs recueillis, retranscrits et homologués à partir de la connaissance plus ou moins surannée des pratiques rendues inertes par l'écriture.

Si l'on suit l'évolution des savoirs et la considération qu'ils acquièrent au cours de l'histoire des mentalités (voir fig. 1 p. 446), on peut se rendre compte de l'incessante minimisation des savoirs acquis par l'expérience et la tradition orale au profit des connaissances transmises par le manuscrit, puis le livre : « *doctus cum libro !* » Tandis que les pratiques jugées *profanes*² des matrones, vieilles femmes, guérisseuses et guérisseurs seront tour à tour méprisées, dénoncées, condamnées par les détenteurs des savoirs orthodoxes et académiques, les écoles et facultés confèrent aux gens instruits de l'écriture honorabilité et notoriété sociale en assurant la légitimation de leur savoir acquis aux dépens des savoirs empiriques (voir fig. 1).

Toutefois, en dépit de la renommée des « docteurs », c'est bien aux praticiens qu'il faut recourir pour assurer tout ce qui ne peut s'acquérir qu'avec l'expérience d'une pratique. Malgré la méfiance de l'Église et des médecins envers les sages-femmes, les reines de France ont recours aux accoucheuses traditionnelles jusqu'à la fin du XVI^e siècle pour mettre au monde. C'est Louise Bourgeois, femme Boursier, sage-femme de son métier, qui accouche Marie de Médicis en présence des médecins de l'Académie. C'est Angélique du Coudray, nièce de Louise Boursier, qui répandra au XVIII^e siècle la connaissance pratique des accouchements auprès des chirurgiens, puis des médecins, en devenant « agrégée » à la communauté des maîtres chirurgiens de Clermont-Ferrand où elle verra son art reconnu. Après la publication par Louise Bourgeois des *Observations diverses*[...], la parution de l'*Abrégé de l'art des accouchements* d'Angélique du Coudray faisant suite à la diffusion à travers la France de sa « machine », mannequin d'accouchement, fourniront le contenu des célèbres manuels d'accouchement publiés par les médecins de la Faculté que furent Raulin, Dufot et Baudeloque.

La science académique de la Faculté pouvait laisser de sombres souvenirs ou d'amers regrets comme en témoigne la correspondance de Mme de Maintenon relatant les deuils successifs de Louis XIV qui perd en quelques heures ses descendants épuisés autant par les fièvres que par les saignées. Seul échappe le duc d'Anjou futur Louis XV, que l'on sauve en l'éloignant des médecins.

Il faut attendre le début du XIX^e siècle pour que Bichat et Laënnec redonnent une pratique à la médecine théoricienne en développant la clinique.

La quête frénétique de rationalité accentuée tout au long du XIX^e siècle la sacralisation du savoir professionnel médical aux dépens des pratiques courantes. Le sérieux de la scientificité déstabilise les savoirs empiriques,

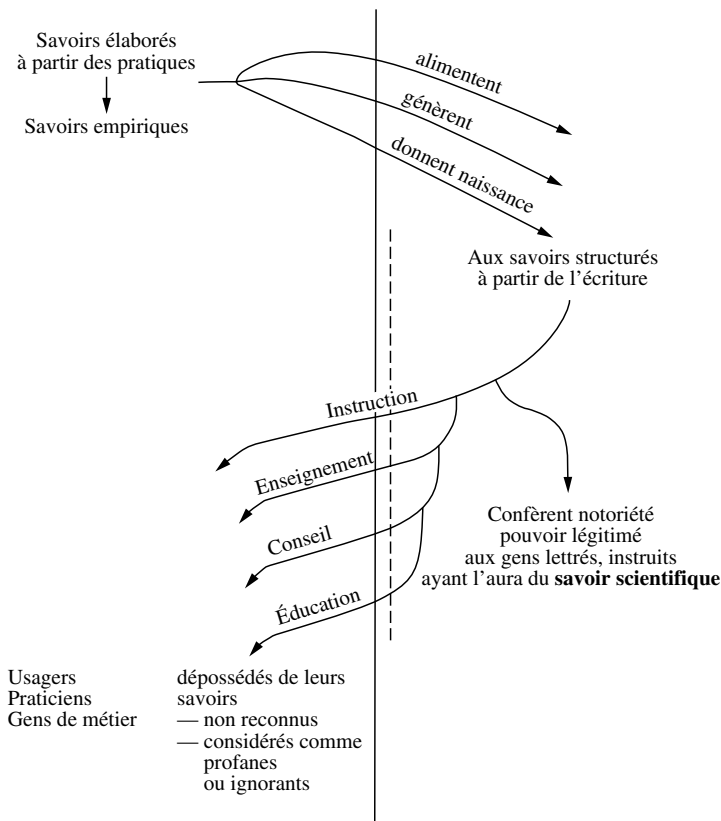


Figure 1. Dialectique de la circulation des savoirs et de la légitimation des pouvoirs

ces savoirs utilisés quotidiennement, tels les savoirs des mères dont il s'agit de faire l'éducation, comme l'a si bien montré Luc Boltanski dans son livre *Prime éducation et morale de classe*. La science de la puériculture se substitue à l'art d'accommoder les bébés. Les connaissances normatives, en imposant leur rationalité objective, régulent les savoirs acquis par observations, tâtonnements, essais et erreurs.

Ces quelques exemples pris au détour de l'histoire suffisent à illustrer que si les écoles, facultés et académies peuvent donner des lettres de noblesse aux savoirs primitifs par le truchement d'une écriture organisatrice de théories, modèles et concepts de toute nature, elles peuvent aussi enfermer ceux qui les fréquentent dans les arcanes de la rationalité, de la scientificité, en les éloignant de la mouvance et de la flexibilité des pratiques. Cela est particulièrement le cas dans les situations de soins qui amènent les praticiens à se confronter quotidiennement à des réalités complexes, extrêmement diversifiées. Leur expérience demeure une source de savoir irremplaçable, le plus souvent méconnue et en marge des cadres limités d'un enseignement didactique tel qu'il a été le plus souvent donné dans les écoles professionnelles et qui risque tout autant de l'être dans les formations universitaires s'il n'y a pas désenclavement des schémas théoriques et valorisation des savoirs empiriques, détenus tant par les usagers des soins que par les soignants. Mais il est vrai que les savoirs des pratiques demeurent enkystés, arrivent difficilement à s'explicitier, à être nommés, à pouvoir s'argumenter, à s'enrichir d'autres sources de connaissance ; aussi demeurent-ils la plupart du temps avortés, informes, inexprimés, ne réussissant pas à constituer des corps de connaissances identifiables comme telles. C'est là que peut intervenir l'apport des disciplines universitaires comme source irremplaçable d'explicitation des pratiques, si au lieu de construire des systèmes de pensée préfabriqués qui ne peuvent qu'accélérer la désappropriation des savoirs des soignants, ils enrichissent et mettent en valeur les savoirs existants.

Seule une dynamique de la rencontre des savoirs empiriques et universitaires et leur circulation à *partir du champ d'exercice professionnel* peut laisser augurer d'une influence bénéfique des formations universitaires pour donner une plus-value aux soins, et par voie de conséquence valoriser les soignants (voir fig. 2).

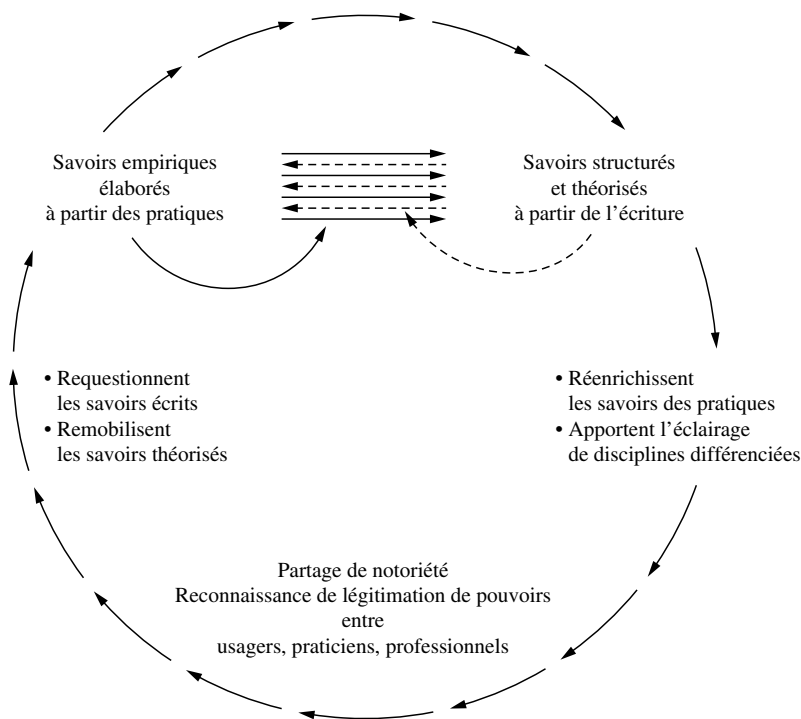


Figure 2. Dynamique de circulation des savoirs et partage des pouvoirs

UTILISATION DES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES AU PROFIT DES SOINS, DONT LES SOINS INFIRMIERS

Aucune discipline universitaire ne peut prétendre enrichir les soins conviés entre soignants et usagers des soins si nous ne replaçons pas préalablement notre compréhension des soins dans une vision large, retrouvant leurs dimensions originelles en *osant s'interroger sur ce qui fait vivre et mourir*.

Si soigner signifie au sens plénier du mot *stimuler les capacités d'être, contribuer à développer le pouvoir d'exister*, ce pouvoir d'être reconnu et d'affirmer sa vie jusqu'au seuil de la mort, alors soigner se situe au carrefour de l'affrontement de ce qui fait vivre et ce qui fait mourir au quo-

tidien, dans la diversité et la complexité de dimensions biologiques, culturelles, sociales, économiques et politiques.

C'est dans cette optique que l'apport des disciplines universitaires, si elles sont agies dans l'exercice professionnel, peut contribuer à :

— *Appréhender, élargir la compréhension des grands phénomènes de vie et de mort* ; cerner leurs caractéristiques, leur intrication, leur complémentarité antagoniste, en éclairant :

- les grands processus liés à l'énergie, et ses corollaires : notion de seuil, phénomènes de stress de la vie... ;

- les grands paramètres de l'espace et du temps ainsi que la variété de leurs formes culturelles, par exemple autour des rites de passage ;

- les croyances, les façons de faire, les coutumes, les représentations symboliques concernant le corps et le vécu du corps ;

- l'image du corps, l'image de soi, l'identité, l'appartenance sociale, etc. ;

en puisant aux sources biologiques, anthropologiques, psychologiques, sociologiques.

— Mobiliser l'expérience personnelle et *développer la capacité de discernement de l'action soignante* en favorisant l'élucidation des émotions et des sentiments à l'éclairage d'apports cognitifs.

— *Interroger les technologies* en dépassant le simple savoir-faire des techniques ; en questionnant l'adéquation des outils favorisant ou inhibant les capacités à vivre, ou compensant la maladie ; en élucidant leur impact affectif, mais aussi économique et juridique, tant pour les soignés que les soignants.

— Apprendre, non des méthodologies préfabriquées, érigées en systèmes de pensée, mais à découvrir et à tracer le chemin en *créant la méthode* à partir des constatations observées, ainsi qu'ont pu le montrer E. Durkheim, Cl. Bernard, et plus récemment E. Morin.

— *Développer les capacités de nommer, d'explicitier, d'argumenter les projets de soins* ou l'action soignante pour la faire apparaître et en justifier les aspects socio-économiques. Cela veut dire dépasser la circulation d'informations faites par bribes, par tâches, sous formes d'anecdotes, d'impressions, sans discernement de liens de cohérence, de fil conducteur.

— *Favoriser la recherche-action* partant de constatations faites avec les usagers des soins, mobilisant leurs savoirs et leurs capacités. Procédant par tâtonnements, essais et réajustements en fonction de la nature des problèmes discernés et de la difficulté qu'ils posent, la recherche-action fait des usagers et des soignants les acteurs directs de la recherche. Elle libère un pouvoir d'exister.

— *Favoriser et développer les publications* des travaux issus des recherches-actions et des études élargissant le patrimoine de connaissances développé par les soins.

CONSIDÉRATIONS DE STRATÉGIES

Pour que les soins infirmiers puissent bénéficier aux usagers des soins en s'enrichissant de l'apport des disciplines universitaires, il me semble qu'il ne faut rien négliger pour rapprocher l'enseignement universitaire des lieux d'exercice professionnel des infirmières et des infirmiers qui soignent au quotidien. Dans tous les pays où se développent des formations universitaires pour les infirmières, il faut se soucier de cela si l'on ne veut pas voir s'accroître le fossé entre une classe élitiste fondant son pouvoir et sa notoriété sur l'honorabilité de ses titres universitaires, tandis que le grand nombre demeurerait écarté de ces sources de connaissances et que les soins prodigués continueraient à être dévalorisés.

Pour cela il semble que :

— L'*essieu* fondamental d'un enrichissement des soins pour le plus grand nombre de soignants passe d'abord et avant tout par la *formation permanente*. Plusieurs pays misent prioritairement sur la formation de base. C'est une illusion communément répandue depuis un siècle que la *formation de base* change les soins au niveau des services. On a beaucoup trop misé sur la formation de base qui part du temple des Écoles, et qui s'adresse à des jeunes qui entrent dans la vie, à qui l'on demande de s'occuper des autres avant même d'avoir acquis un minimum d'expérience pour faire face à leurs propres problèmes. De plus la formation de base accomplie à l'université éloigne à l'heure actuelle davantage encore les futures soignantes des lieux d'exercice, les armant le plus souvent d'arsenaux de principes théoriques et de connaissances à appliquer au détriment d'une découverte au contact des gens, découverte que l'on apprend à théoriser.

Les formations supérieures préparant à de larges fonctions de responsabilités touchent encore un nombre restreint d'infirmières/ers, compte tenu des contraintes imposées par les ressources économiques, et la disponibilité exigée. Mais la formation supérieure à laquelle ces infirmières ont accès ne prendra de sens que si elles opèrent une jonction entre les sciences universitaires et leur pratique professionnelle et si elles deviennent les véhicules des savoirs de l'université pour éclairer le champ des pratiques soignantes ; si elles servent de *catalyseurs* entre la confrontation

des faits vécus, des savoirs empiriques et des savoirs cognitifs. C'est véritablement à partir des situations rencontrées dans les soins et l'accompagnement des patients que cette utilisation de connaissances universitaires peut le mieux porter ses fruits.

— Considérer ce que dans *Les Règles de la méthode sociologique* Durkheim appelle « l'élément de densité dynamique » nécessaire pour donner une forte poussée à l'évolution. Il me semble tout à fait illusoire, pour que s'opère une dynamique de changement au niveau de la valorisation des soins infirmiers auprès des usagers des soins, de l'attendre d'une création trop hâtive d'un doctorat en soins infirmiers qui ne toucherait qu'un nombre infime d'infirmières en risquant de les éloigner davantage de leur corps professionnel. Par contre, il m'apparaît impératif d'élargir considérablement l'accès aux connaissances universitaires du plus grand nombre d'infirmières en exercice à partir de la formation permanente pour ensuite rendre possible l'accès de nombreuses infirmières à des maîtrises en soins visant à développer des domaines cliniques de compétence. Comme le montre Durkheim « *la vie professionnelle sera tout autre suivant que le milieu propre à chaque profession sera fortement constitué ou que la trame en sera lâche (...). L'action des milieux particuliers ne saurait avoir l'importance du milieu général car ils sont soumis eux-mêmes à l'influence de ce dernier. C'est toujours à celui-ci qu'il faut revenir* ».

Transformons le milieu général en atteignant une densité démographique significative pour qu'un grand nombre de soignants puissent faire bénéficier les soins journaliers de connaissances universitaires, enrichissent leur expérience quotidienne, valorisant ainsi ce qu'ils font, donc ce qu'ils sont. La grande masse démographique des infirmières et infirmiers restera une masse flottante constamment soumise à toutes les pressions technologiques, économiques et sociopolitiques si nous *n'affermissons pas la pratique soignante des infirmières de base*.

Nous continuons à subir les conséquences d'une politique délibérément instaurée qui a poursuivi jusqu'à nos jours la délivrance d'autorisation d'exercer et démultiplié les strates professionnelles par niveau de tâches, des plus nobles aux plus déconsidérées. À l'heure actuelle nous pouvons décider d'une formation au très haut niveau d'un doctorat en soins infirmiers pour quelques personnes isolées. Mais soyons clairvoyantes, regardons l'érosion massive qui s'opère à la base extrêmement fragilisée : tandis que l'on diminue un grand nombre de postes infirmiers et que dans certaines régions des infirmières diplômées sont au chômage on assiste à une multiplication de sous-strates professionnelles telles que les auxiliaires de vie, les visiteuses à domicile, et même... quelle dérision de

l'histoire ! les garde-malades. Recevant des formations d'une à trois semaines elles sont mises en place par toutes sortes d'organismes qui leur confient un travail en tâches, supposé économiquement rentable, tandis que la majorité de la profession infirmière s'est laissé déposséder des soins d'entretien de la vie.

— S'interroger sur les *rapports hiérarchiques* entretenus par l'ascension des diplômes, conférant cette respectabilité scientifique, ce « sérieux académique » qui peut éloigner de ceux et celles qui affrontent les soins quotidiens si les acquis universitaires renforcent le clivage entre ceux qui pensent et ceux qui font, ceux qui planifient et ceux qui exécutent. Les acquis de la formation universitaire porteront leurs fruits si les infirmières et infirmiers qui en ont bénéficié agissent en catalyseurs au sein du milieu de travail, s'ils cherchent à réduire les distances hiérarchiques en comprenant les difficultés auxquelles se heurtent les soignants et en facilitant la résolution ; s'ils deviennent les interlocuteurs et interprètes de leurs collègues à des carrefours stratégiques institutionnels.

— Étudier les *conditions de travail* indispensables pour tirer quelque bénéfice de sources de connaissances élargies. Particulièrement *acquérir sur le lieu de travail un temps de réflexion indispensable à l'action*, temps dont le financement doit être inclus dans l'étude de la rentabilité. Cela touche particulièrement le secteur de soins à domicile, mais concernera progressivement tous les secteurs de soins. Apprendre à comprendre, à élucider, à faire des liens, à penser, à construire un projet de soins, à avoir une action concertée n'a pas de place reconnue comme telle dans l'exercice de la profession infirmière brisé en succession de tâches qui demeurent souvent totalement inopérantes par manque de cohésion, absence de cohérence. Si les connaissances universitaires ne permettent pas d'agir sur les conditions nécessaires pour pratiquer les soins tant pour les soignés que les soignants, elles deviennent superfétatoires et ne serviront qu'à forger de nouveaux idéaux professionnels déconnectés du contexte, désinsérés du quotidien. De même que parler de « santé holistique », « d'approche globale » est dénué de tout fondement s'il continue de régner une organisation du travail fondée sur la division du travail en tâches.

— Étudier le coût mais aussi les *incidences économiques des soins* en faisant apparaître non seulement tout ce qui concerne les traitements mais aussi les effets irremplaçables des soins de maintien et d'entretien de la vie, des soins d'accompagnement des malades et de leur famille. Jusqu'à présent on ne s'est soucié que de la dépense entraînée par le coût des soins sans jamais prendre en compte les *incidences économiques* dans la moyenne et la longue durée. Cela suppose d'apprendre à argumenter des

projets de soins auprès des organismes payeurs, projets pouvant servir de base à des contrats de financement ou à la budgétisation de services.

En conclusion je dirai que la formation universitaire ne saurait être le gage en soi d'une amélioration de la qualité des soins, les savoirs issus de l'écriture pouvant donner l'illusion de la scientificité à chaque fois qu'ils se réfugient dans les théories et concepts en s'éloignant de la découverte issue des faits vécus et des pratiques, ou en appliquant de façon stéréotypée des grilles de lecture sur la réalité des situations de soins. En accédant à la formation universitaire il importe donc que les infirmières et infirmiers aient le souci constant de réduire l'écart entre les savoirs empiriques acquis par l'expérience et les savoirs théorisés afin de redonner une plus-value aux soins infirmiers quotidiens, donc aux soignants.

Retrouvons l'Art des pratiques en utilisant la Science des écrits.

Notes

1. Jérôme M'Ba Bitome, infirmier du Gabon, ancien étudiant de maîtrise des sciences et techniques sanitaires et sociale de l'université Lyon II en 1981-1983 et du Département d'enseignement infirmier supérieur. Il a passé depuis un doctorat en pédagogie.
2. Profane signifie « hors du temple », par extension étranger à ce qui a été sacralisé, légitimé par ceux qui professent. Les malades disent souvent en se dévalorisant : « Je ne suis qu'un profane. »

Bibliographie

Livres

- Boltanski L., *Prime éducation et morale de classe*, Paris-La Haye, Mouton, 1969.
 Bourdieu P., *Ce que parler veut dire*, Paris, Fayard, 1982.
 Bourdieu P., *Homo Academicus*, Paris, Éd. de Minuit, 1984.
 Braudel F., *Les Structures du quotidien*, Paris, Armand Colin, 1979.
 Crozier M. et Friedberg E., *L'Acteur et le système*, Paris, Payot, 1981.
 Durkheim E., *Les Règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1975 (1^{re} éd., 1895).
 Foucault M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.
 Léonard J., *La Médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier, 1981.
 Morin E., *La Méthode*, t. 1 : *La Nature de la nature* ; t. 2 : *La Vie de la vie* ; t. 3 : *La Connaissance de la connaissance*, Paris, Le Seuil, 1977, 1980, 1985.

Articles

- Charlot B., « Dis-moi ce que tu comprends et je te dirai ce que tu es. Apprentissage, pouvoir et rapport au savoir », *Education Permanente*, n° 47, janvier 1979.

Collière M.-F., « La Créativité, un défi au cours de l’histoire de la profession infirmière » (inclus dans cet ouvrage).

De Smedt M., « Edgar Morin sociologue et philosophe », propos recueillis par Marc de Smedt sur la méthode, *Psychologie*, décembre 1980, p. 9-13.

Art et sagesse des soins

Avant de refermer ce livre, à l'aube du xxi^{e} siècle, j'aimerais dire combien retrouver ce qui fonde la nature des soins qui, de la naissance à la mort accompagnent les grands passages de la vie, présente une impérieuse exigence. À l'heure où s'imposent la *biomédecine*, le *biopouvoir* et le *biopolitique* que la clairvoyance du visionnaire Michel Foucault avait annoncés dès les années soixante-dix, où la vie et la mort deviennent marchandisées au point de « fabriquer de l'humain, de stocker des embryons par congélation, de ranimer l'inanimé, de maîtriser sa descendance, d'en modifier les caractères », en un mot de faire *Main basse sur les vivants*^{*}, appelle plus que jamais à retrouver ce qui fonde la sagesse des soins et à se réapproprier leurs racines cosmiques.

Reprendre en considération *ce qui donne naissance, retrouver le sens de la naissance* apparaît une nécessité première comme le rappelle constamment avec insistance Hannah Arendt. Dès l'aurore de l'humanité les soins sont partis de la naissance pour permettre non seulement l'ÉVEIL à la vie, mais également l'insertion dans le tissu social et culturel afin de pouvoir EXISTER.

En mémoire de toutes celles et ceux qui par leurs soins ont fait naître à la vie... ont libéré des capacités à vivre, ont communiqué de la vie, ont permis de garder ou retrouver un sens à la vie, et avec toutes celles et ceux qui, aujourd'hui comme hier, prodiguent des soins porteurs de vie, que soit exprimé ce que représente *prendre soin... donner des soins... soigner... ce verbe qui scande les étapes de la vie de chaque être humain en passant par être soigné... se soigner... soigner... révèle que :*

^{*} Monette Vauquin, *Main basse sur les vivants*, Paris, Fayard, 1999.

Soigner...

- se situe au carrefour de **ce qui fait vivre et mourir...**
- c'est **communiquer** de la **vie**
- c'est permettre d'**exister**
- c'est **développer ce qui permet de vivre...**
- c'est **compenser** ce qui fait obstacle à la vie...
- c'est **accompagner les grands passages de la vie... les moments difficiles... la maladie...**
- c'est **mobiliser les capacités de vie existantes et/ou restantes...**
- c'est aider à **naître... et renaître...**
- c'est **accompagner la mort...**
- c'est **créer au quotidien.**

Cela demande de retrouver :

- l'**anima** : le *souffle* de la vie, ce qui insuffle la vie et donne envie de vivre,
- la **sagesse** : ce qui a du *sens*, ce qui donne sens,
- la **science** : qui rejoint la sagesse, c'est-à-dire *ce qui pose question*, et comment se posent les questions, ce qui fait naître la *co-naissance*,
- l'**art** : ce que l'on façonne à partir de ce que l'on découvre de la vie, qui construit un *savoir* nourri d'émotions et de sentiments libérant une inventivité éclairée.

Tout cela ne saurait se faire sans oser affermir et affirmer ce que comme *femme* ou *homme*, chacun, en soignant, peut apporter d'irremplaçable auprès de ceux dont la vie s'éveille, dont la vie s'épanouit, dont la vie se cherche, dont la vie s'éteint... en requérant les conditions indispensables pour le réaliser.

400555 - (III) - (0,6) - OSB - N100° - SNE

MASSON Éditeur
21, rue Camille-Desmoulins
92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 09
Dépôt légal : avril 2005

Achevé d'imprimer sur les presses de
SNEL Grafics sa
rue Saint-Vincent 12 – B-4020 Liège
Tél +32(0)4 344 65 60 - Fax +32(0)4 341 48 41
avril 2005 - 34821